

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Jenna Mäki

ASIAKKAAN OSALLISUUDEN VAHVISTAMINEN MIELENTERVEYS- JA
PÄIHDEPALVELUISSA ETELÄ-KYMENLAAKSON ALUEELLA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

MÄKI, JENNA

Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa Etelä-Kymenlaakson alueella

Opinnäytetyö

89 sivua + 9 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Nurmi Mirja

Toimeksiantaja

Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke, Mietippä

Kesäkuu 2012

Avainsanat

Osallisuus, hoito, apu, kokemukset, kehittäminen, vaikuttaminen

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuoda esille asiakkaiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä perusterveydenhuollosta ja tavoitteena oli kartoittaa asiakkaan kokemuksia kyseisistä palveluista ja näin vahvistaa asiakkaan asemaa mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Tutkimus on kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kysely tehtiin viiteen mielenterveys- ja päihdeyksikköön. Kyselyyn vastasi 171 asiakasta. Tutkimuksen tulosten tulkinnassa on käytetty SPSS-ohjelmaa ja induktiivista sisällönanalyysia.

Tulosten mukaan hoitoon pääsy on helppoa, mutta jatkohoitoon pääsyssä on kehittämistä. Terveysaseman valmiuksia auttaa etenkin päihdeasiakasta tulisi parantaa. Terveysasemalla kohtelu oli huonompaa kuin mielenterveys- ja päihdehoitopaikoissa. Kokemusasiantuntijuutta ja vertaistukea tulisi lisätä mielenterveys- ja päihdehoitopaikoissa. Asiakkaiden pitäisi saada vaikuttaa enemmän käyntien määriin ja asiakkaan tukemista tulisi lisätä päihdehoitopaikoissa. Ohjausta aktiviteetteihin pitäisi lisätä.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuudessa on vielä kehittämistä. Jotta palvelut toimisivat hyvin, tulisi eri palvelupaikkojen kehittää yhteistyötänsä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care, in Kotka

MÄKI, JENNA

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

May 2012

Keywords

Strengthening the Client's Involvement in Mental Health and Substance Abuse Services in South Kymenlaakso

91 pages + 9 pages of appendices

Mirja Nurmi, Senior Lecturer

Development project of Southern Finland's mental health and substance abuse services, Mietippä

Inclusion, treatment, assistance, experiences, developing, influencing

The purpose of this study was to highlight clients' views on mental health and substance abuse services. The objective was to identify the clients' experiences of these services, thereby consolidating the client's position on mental health and substance abuse services.

The study was a quantitative one. It was carried out in five different mental health units and intoxicant units. The number of respondents was 171.

For interpreting the results of the study has been used the SPSS -program and inductive content analysis. According the results access to care was easy but getting access to follow-up treatment needed more development. The chances of the health center to help clients, particularly the substance abusers should be improved. Care provided by health centers was inferior to that in mental health and substance abuse treatment units. Treating clients at health centers was worse than in the mental health and substance abuse units. The expertise and experience of peer support should also be improved in the mental health and substance abuse treatment units. Clients should be allowed to influence more the amounts of visits to the mental health and substance abuse treatment units, and clients support should be increased in the substance abuse treatment units. Counseling activities should be increased.

It can be concluded that mental health and substance abuse services do not function yet and need developing. To function well, the various services should be developed in co operation.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	7
2	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN	9
2.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE	9
2.2	Mielen avain	9
2.3	Mietippä-hanke	10
2.4	Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma	10
3	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA	12
3.1	Mielenterveys- ja päihdepalvelut	12
3.2	Mielenterveysongelmat ja päihdeongelmat	13
3.3	Hoitoon ja jatkohoitoon pääseminen	15
3.4	Palveluiden pirstaleisuus ja hoidon saaminen	17
3.6	Päihdetyön ja mielenterveystyön kehittäminen asiakkaan näkökulmasta	22
3.7	Avunsaaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa	24
3.8	Asiakkaan osallisuus ja osattomuus	25
3.9	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohteleva palveluissa	27
3.10	Hoidon vaikuttavuus	30
4	TUTKIMUSONGELMAT	30
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	32
5.1	Kyselytutkimus	32
5.2	Kyselylomake	33

5.3 Kohderyhmä ja otanta	37
5.4 Tutkimuseettiset asiat	39
5.5 Aineiston keruu	41
5.6 Aineiston käsittely ja analyysi	44
6 TULOKSET	49
6.1 Taustatiedot	49
6.2 Hoitoon pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja terveysasemalle sekä jatkohoitoon	53
6.3 Hoidon saaminen mielenterveys- ja päihdeongelmaan	55
6.4 Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden ja terveysaseman valmiudet auttaa mielenterveys- ja päihdeasiakasta	59
6.5 Päihdetyön kehittäminen asiakkaan näkökulmasta	65
6.6 Mielenterveystyön kehittäminen asiakkaan näkökulmasta	66
6.7 Avunsaaminen työntekijältä	68
6.8 Asiakkaan osallisuuden toteutuminen hoidossa	70
6.9 Asiakaan kohtelu mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä terveysasemalla	74
6.10 Asiakkaiden konkreettiset toivomukset hoidosta	75
6.11 Yhteenveto tuloksista	78
7 POHDINTA	81
7.1 Tulosten tarkastelu	82
7.2 Luotettavuuden arviointi	83
7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimus ehdotukset	84
LÄHTEET	86

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Asiakkaan suostumuslomake

Liite 3. Työntekijöiden informointilomake

Liite (3.1) Työntekijän informointilomake 2

Liite 4. Muuttujataulukko

Liite 5. Tutkimustaulukko

Liite 6. Tutkimuslupahakemus Kotka

Liite 7. Tutkimuslupahakemus Hamina

Liite 8. Tutkimuslupahakemus Miehikkälä/Virolahti

Liite 9. Tutkimuslupahakemus A-klinikka

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia ja kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuutta. Tavoite on myös tuoda mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävien asiakkaiden mielipide kuuluviin.

Tutkimuksessa kartoitettiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuutta Etelä-Kymenlaakson alueella. Tutkimuksessa kartoitettiin mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelujen asiakkaiden näkökulmaa mielenterveys- ja päihdepalveluista. Tutkimuskohteina olivat Haminan psykiatrinen poliklinikka, Kotkan mielenterveyskeskus, ja Virolahden ja Miehikkälän mielenterveystoimistot sekä A-klinikkasäätiön Itä-Suomen palvelualueen yksiköistä Haminan A-klinikka ja Karhulan A-klinikka.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelujen tukevat puolet ja selvittää miten ja mitä apua he saavat mielenterveys- tai päihdeongelmiin. Tavoitteena oli saada mielenterveys- ja päihdeasiakkaan ajatukset kuuluviin liittyen mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Mietippä-hanke on peruste opinnäytetyölleni. Mietippä-hanke kuuluu Mielen avaimen osahankkeisiin.

Kaste ohjelma, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, on myös yksi taustaa antavista tekijöistä opinnäytetyölle. Kasteen yksi opinnäytetyölleni tärkeimmistä kohdista tuo esille sen, että palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saantia tulisi arvioida paikallisesti. Tueksi tarvitaan kuitenkin valtakunnallistakin tietoa (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011: 27.) Tähän opinnäytetyöhön tämä tieto on muun muassa aikaisempien tutkimusten tarkastelua ja pohdimista ja niiden kirjoittamista taustamateriaaliksi.

Lisäksi tarvittaisiin asiakastytyväisyysmittausten kautta tietoa muun muassa palveluihin pääsystä. Palvelujen saatavuuden ja laadun pystyy turvaamaan vain, jos kunnilla on riittävästi pätevää henkilökuntaa. Koko Kasteen ohjelman tärkein tavoite on parantaa sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuutta (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011: 27 - 28.)

Kuntalaisten olisi hankkeen mukaan saatava tietoa omien palveluidensa toimivuudesta. Tämän tiedon olisi oltava ennen kaikkea luotettavaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011: 40).

Hankkeella on ajatuksia erilaisista toimenpiteistä, joilla tavoitteita pystyisi saavuttamaan (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011: 39). Mainittavia toimenpiteitä tässä olisivat 1) yhteistyön kehittäminen kuntien ja järjestöjen välille niin että kuntalaisten osallistumismahdollisuudet lisääntyisivät, 2) asiakastyytyväisyyden seuraaminen nykyistä paremmin (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, 2008-2011: 40).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että palvelujen saatavuudessa on eroja, ja etenkin jatkohoidossa on havaittu ongelmia. (Jatkola & Rintala 2009: 79.) Lisäksi asiakkaat kokevat joskus myös kohtaamisen ongelmia eli työntekijöiden suhtautuminen asiakkaisiin henkilökunnan osalta voi olla vaihtelevaa. (Ikola 2010: 45 – 47.) Myös se, mitä asiakas palvelultaan toivoo ja kokee tarvitsevänsä, on osittain ristiriidassa sen kanssa mitä palvelut todella tarjoavat niiden käyttäjille. Monet kokevat tarvitsevänsä lisää vertaistukea. (Ikola 2010: 51; Laitila 2010: 102; Kokko 2004: 83, 84.) Myös sellaista tekemistä kaivattiin useammin, joka auttaisi yhdessä hoidon kanssa vieroittautumaan esimerkiksi alkoholiongelmasta tai jostakin mielenterveysongelmasta (Laitila 2010: 99).

Opinnäytetyöni päätavoite on lisätä mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjien osallisuutta, ja he ovat kuntalaisia, ja lisäksi monet heistä ovat lisäksi vielä syrjäytyneitäkin. Muun muassa Alhon tutkimuksessa on kerrottu, että huumausaineiden käyttäjät ovat syrjäytyneitä usein, sillä heistä 65 % oli tutkimuksen mukaan työttömiä, ja 12 % asunnottomia vuonna 2009 (Alho, Forsell, Jääskeläinen, Partanen & Virtanen A 2009: 6).

Toinen tavoite STM:n kehittämisohjelmalla on kuntalaisten hyvinvoinnin lisääminen ja terveyserojen kaventaminen. Kolmas tavoite on palveluiden laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden paraneminen (STM 2008:6: 24.) Palvelujen laadun ja saatavuuden kehittäminen ja tutkiminen on lähellä opinnäytetyötäni. Opinnäytetyöni tarkastelee aiheita asiakasnäkökulmasta.

En meinannut aluksi löytää sopivaa aihetta opinnäytetyölle. Sain kuitenkin kuulla, että Mietippä hankkeeseen etsittiin opinnäytetyön tekijää asiakasnäkökulmasta. Asiakasnäkökulma oli mielestäni mielenkiintoinen ja halusin myös saada lisää tietoa asiakkaiden ajatuksista ja kokemuksista. Myös palveluiden kartoitus tuntui mielenkiintoiselta

aihepiiriltä. Mielenterveys- ja päihdepuoli on ollut opiskelujeni alusta lähtien kohdallani kiinnostavinta opiskelualueetta.

2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE

”Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) on Sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen, strateginen ohjausväline, jolla johdetaan valtakunnallista sosiaali- ja terveystoimintaa.” Kaste ohjelmalle on asetettu tavoitteet valtioneuvoston päätöksestä ja sitten määritetty 39 toimenpidettä, joiden avulla ohjelma toteutetaan (Kallinen-Kräkin 2009: 11.)

Kaste –ohjelman tavoitteina on se, että ihmisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee, ihmisten hyvinvointi ja terveys lisääntyvät ja hyvinvointi sekä terveyserot kaventuvat ja lisäksi palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus parantuvat ja alueelliset erot vähentyvät (Kallinen-Kräkin 2009: 12.)

Kaste-ohjelmalla myös vahvistetaan sitä, että kunnallisella kehitystoiminnalla olisi mahdollisuudet edistää tavoitteita. Tämä ohjelma nostaa esille konkreettisia mitattavissa olevia asioita, osatavoitteita, ja näistä kunnat ja alueet voivat valita omalle alueelleen keskeisimmät tavoitteet. Monet tavoitteista ovat kuitenkin valtakunnallisia ja sen vuoksi toteuttaminen edellyttää kansallista yhteistyötä (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011: 24.)

STM:n mukaan paine kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ovat kasvaneet. Keskeisin osa-alue kansallisessa kehittämisohjelmassa on parantaa kunnallista kehittämistä (STM 2008:6: 21.) Kehittämisohjelma haluaa lisätä kuntalaisten osallisuutta ja vähentää syrjäytyneisyyttä (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011: 24).

2.2 Mielen avain

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke Mielen avain on Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-hanke vuosille 2010 - 2012. Mielen avaimen tavoite on parantaa eteläsuomalaisten mielenterveyttä ja lisätä päihteettömyyttä. Lisäksi tavoitteena on parantaa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten avunsaantia. Hankkees-

sa on mukana yhteensä 35 kuntaa ja niillä on 13 osahanketta (Mielen avain – kotisivut.)

2.3 Mietippä-hanke

Opinnäytetyöni on osa Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanketta eli Mietippä-hanketta. Mietippä-hanke on yksi Mielen avaimen osahankkeista. Mietippä-hankkeen hankealueet ovat Hamina, Kotka, Pyhtää, Miehikkälä ja Virolahti. Mietippä-hankkeen tavoite on kehittää Etelä-Kymenlaakson alueella mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tavoitteena on yhteisen mielenterveys- ja päihdestrategian rakentaminen, kuntoutuksen yksikön perustaminen asiakkaille, joilla on sekä mielenterveys- että päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, mielenterveys- ja päihdetyön osaamisyksikön perustaminen sekä mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen lisääminen koulutuksen kautta. Näiden tavoitteiden avulla on tarkoitus parantaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden avunsaantia, lisätä asiakkaiden osallisuutta sekä ehkäistään syrjäytymistä (Mietippä hanke kotisivut.)

Mietippä-hankkeen päätavoitteena on edistää eteläkymenlaaksolaisten mielenterveyttä ja vähentää päihteiden käyttöä. Opinnäytetyössä korostuu asiakkaan aseman vahvistaminen mielenterveys- ja päihdepaleluissa Etelä-Kymenlaaksossa, ja siksi tutkimuskohteet ovat Etelä-Kymenlaakson avopuolen mielenterveys- ja päihdeyksiköitä.

2.4 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

”Mieli-työryhmän ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015” tekemässä suunnitelmassa on lisätaustaa opinnäytetyölleni. Tämä suunnitelma on Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman on käynnistänyt vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriö kansanedustajien aloitteesta. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on kansainvälinen, ja siinä yhdistyy ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdekysymykset valtakunnallisella tasolla sillä se noudattaa Euroopan Unionin, Euroopan neuvoston ja WHO:n yhteisiä linjauksia. Työryhmällä ehdotuksia oli yhteensä 18 kappaletta. Niistä neljä hyväksyttiin. Ensimmäinen on asiakkaan aseman vahvistaminen. Tähän myös painottuu tämä opinnäytetyö. Toinen on ehkäisyn ja edistämisen painottaminen. Kolmas painottui palvelujen integroimiseen

toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ja eri ikäryhmien huomioonottaminen tarpeiden kannalta. Viimeinen ehdotus on ohjauskeinojen parantaminen. (Partanen 2009: 13, 17.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on yksi tärkeistä vaikuttajista mielenterveys- ja päihdeasioiden tulevista suuntaviivoista. STM on halunnut luoda yhteiset linjaukset päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä (Partanen 2009: 5). Asiakkaan aseman vahvistaminen on suunnitelmasta opinnäytetyölleni oleellisin.

Asiakkaan aseman vahvistaminen luo pohjan palvelujen uudentamiselle. Ilman asiakasta ei tiedetä, millaisen hoidon ja avun asiakas kokee hyvänä ja mikä asiakasta eniten auttaisi. Asiakkaan mielipiteiden ja ajatusten esiin tuominen on myös yksi tärkeä ja oleellinen osa-alue Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Painopisteinä suunnitelmassa ovat lisäksi edistävää ja ehkäisevää työtä sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen toiminnallisen kokonaisuuden järjestäminen. (Partanen 2009: 13.) Tämän takia on tärkeää saada lisää tietoa tutkimalla aihealuetta lisää. On tärkeää tuoda esille asiakkaiden mielipiteitä juuri esimerkiksi palvelujen toimivuudesta ja saada tietoon mitä ja minkälaista apua he kaipaavat. Huomattavaa on se, että asiakas on itse oman hoitonsa asiantuntija. Kokemusasiantuntijat on usein koettu yhdeksi erittäin hyväksi ”hoitomuodoksi”. Tässä tulee esille se, että asiantuntijuus asiasta on ongelmat kokeneilla itsellään.

Kokemusasiantuntijuuden lisääminen on yksi kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteista. Kokemusasiantuntija on siis henkilö, jolla on omakohtaisia kokemuksia omaisena, tutuna, itse kokeneena tai kärsivänä mielenterveys- tai päihdeongelmista. (Partanen 2009: 20.)

Asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyy ehdotuksia, joiden toteutuksella pitäisi olla positiivinen vaikutus asiakkaan tilanteen paranemisen kannalta hoitoon liittyvissä asioissa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat saattavat usein kokea olevansa syrjittyjä muun muassa palvelujärjestelmässä. Heitä ei kohdella aina samoin kuin asiakkaita joilla ongelmia ei ole mielenterveyden tai päihdeiden kanssa. Esityksen mukaan heidän kokemaa syrjintää on ehkäistävä yhteiskunnan eri tasoilla. Tämä edellyttää sitä, että koko yhteiskunnan palvelujärjestelmä suhtautuu vakavuudella heidän

terveysongelmiin. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat on koettava yhtä tasavertaisina kuin kaikki muutkin asiakkaat (Partanen 2009 18 - 19.)

3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA

3.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveys- ja päihdepalvelut kuuluvat jokaisen perusoikeuksiin ja niistä on säädetty laki. Mielenterveyslaissa (1990/1116) on monia eri pykälää, jotka ohjaavat muun muassa kuntien toimintaa palvelujen järjestämisessä. 4 §:n mukaan kunnan tulisi järjestää mielenterveyspalvelut niin, että ne vastaavat juuri kyseisen kunnan tarvetta sällöltä.

Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan päihdehuoltoa tulisi kehittää sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä niin, että päihteiden ongelmakäyttäjii pystytään riittävästi hoitamaan. Palvelujen tulisi olla myös helposti saatavilla, joustavia ja monipuolisia. Myös päihdepalvelujen pitäisi pykälän 3. mukaan, samoin kuin mielenterveyspalvelujenkin, olla sellaisia kuin kunnan tarve edellyttää. (Mielenterveyslaki 1986/41). Päih-teellä tarkoitetaan lain mukaan alkoholiuomaa ja muuta päihtymystarkoituksessa käytettävää ainetta. (Päihdehuoltolaki 1986/41).

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa kuntien välillä on eroja, eivätkä ne tunnu aina vastaavan kaikkien tarpeita. Muun muassa mielenterveyspalveluiden saatavuudessa on huomattu suuria alueellisia eroja. (Jatkola & Rintala 2009: 79.) Lähivuosina mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn on yritetty panostaa erilaisilla hankkeilla ja kampanjoilla. Kymenlaakson alueella tällaisia hankkeita ovat esimerkiksi Triangelihanke.

Vuonna 2008 päihdehoitoon hakeutuvien määrä on kasvanut. Opiaattien osuus huumeidenkäyttäjien hoitoon hakeutumisen syissä on suurin osuus, ja hoitoon hakeutuvien käyttäjien määrä on edelleen kasvanut. Opiaattien osuus hoitoon hakeutuneiden ryhmässä on 50 % kaikista. Opiaattiryhmässä yleisin huumeaine, jonka vuoksi hoitoon hakeuduttiin, oli buprenorfiini (34 %). Samoin buprenorfiini oli siis ensisijainen ongelmapäihde (Ruuth & Väänänen 2008: 10.)

Hoitoon ohjautuminen ottaen huomioon kaikki huumeasiakkaat riippumatta iästä, asuinpaikasta tai sukupuolesta, yleisin hoitoon ohjautuminen tapahtui oma-aloitteisesti

(37 %). Toiseksi yleisin tapa ohjautua hoitoon tapahtui päihdehuollon avohoidon toimesta (20 %) (Ruuth & Väänänen 2008: 9).

3.2 Mielenterveysongelmat ja päihdeongelmat

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa lait ovat koko ajan mukana eikä niitä voi jättää huomioimatta. Mielenterveyslaissa mielenterveystyö on ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.” Mielenterveyslain mukaan mielenterveyshäiriöitä potevan henkilön on saatava sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita eli mielenterveyspalveluita. Lain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöitä ja edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat mielenterveyspalveluita. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Voisi siis todeta, että jo lain mukaan mielenterveystyön toteuttamisessa on runsaasti haastetta yhteiskunnalle.

Mielenterveysongelmia voidaan myös diagnosoida kansainvälisillä kriteereillä. Diagnosointi on tärkeää tehdä siksi, että se edesauttaa hoidon toteuttamisessa ja on siksi yleensä välttämätönkin hoidon toteutumisen vuoksi. Psykiatrien ongelmien diagnosoinnissa käytetään DSM-III sekä DSM-IV-tautiluokitusta tai ICD-10 – luokituksia. DSM-IV-luokitus on peräisin Amerikan Psykiatriyhdistykseltä. ICD-luokitus on Maailman terveysjärjestön julkaisema luokitus. Näissä on eroavaisuuksia, mutta myös paljon yhtenäisiä piirteitä. Yhtä ainoaa luokitusta ei ole vielä olemassa. (Läksy & Räsänen.)

Huumausainelakiin liittyy monia erilaisia kohtia, joita saatetaan usein kumota muun muassa uusien aineiden kehittelyn vuoksi. Finlexin mukaan huumausaineena pidetään vuoden 1961 huumausaineyleissopimuksessa tarkoitettuja aineita ja valmisteita sekä psykotrooppisia aineita koskevassa yleissopimuksessa tarkoitettuja aineita ja valmisteita siten kuin sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä määrätään. (Huumausainelaki 1993/1289.)

Suomessa päihdeongelmat sekä mielenterveysongelmat ovat kansanterveydellisiä ongelmia. Mielenterveysongelmista johtuva työkyvyttömyys on tutkimusten mukaan lisääntynyt merkittävästi. Lisäksi tähän liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet ja muuttu-

neet monimutkaisemmiksi. (Seppänen 2010: 62.) Alkoholin käyttö ja mielenterveysongelmat ovat yksi suuri syy terveys- ja työkyvyn ongelmiin. Työkyvyn näkyvät usein tehottomuutena, sairaspöissaoloina ja normaalia aikaisempaan eläköitymisenä. (Jatkola & Rintala 2009: 78.) Sairauspäivärahatilastoissa mielenterveysongelmat ja käyttäytymisen häiriöt ovat toisena. 39 %:lla oli vuonna 2008 jokin mielenterveydenhäiriö varhaisen eläköitymisen perusteen syynä. (Jatkola & Rintala 2009: 79).

Suomessa alkoholin liikkäytön yleisin muoto sekä naisilla että miehillä on alkoholin riskikäyttö (Aalto ym. 2009: 15). ICD-10-luokituksen (F10.2) mukaan alkoholiriippuvaisella täytyy olla kuudesta kriteeristä vähintään kolme ja niitä on oltava vähintään kuukauden ajan koko aikaisesti, tai jos jakso on kuukautta lyhyempi, on oireita oltava toistuvasti vuoden sisällä. Kriteerit ovat seuraavia: henkilöllä on voimakas halu käyttää alkoholia, ei kykyä hallita aloittamista tai lopettamista, vieroitusoireyhtymiä vähentämisestä tai lopettamisesta, toleranssi on kasvanut, mielenkiinnon lähteet väistyvät alkoholin tieltä ja aika menee alkoholin käyttöön ja sen käyttämisestä toipumiseen, ja viimeisenä se, että alkoholin käyttö jatkuu vaikka haittoja ilmenee. (Aalto ym. 2009: 14.) Ei siis ole välttämättä helppoa määrittellä kenellä on alkoholiriippuvuus ja kenellä ei. Arkikielessä puhutaan usein myös alkoholiongelma.

Päihteet ulottuvat monen eri elämänaalueen vaarantumiseen sekä käyttäjillä että myös sivullisilla. Huumausaineista aiheutuvat kustannukset yhteiskunnallisesti ovat laajoja. Esimerkkinä tästä ovat esimerkiksi ruiskuhuumausaineiden käyttöön liittyvät tartuntataudit kuten HIV ja C-hepatiitti. Laskentojen mukaan suorat kustannukset 500:sta HIV-tartunnasta ovat vuodessa 60 miljoonaa euroa. Selvityksen mukaan yksi tulevaisuuden haasteista on terveysneuvontatyön säilyttäminen ainakin tämänhetkisen tasoisena (Paaso & Kotovirta 2009: 23.)

Todennäköisyys C-hepatiitin saamisesta kasvoi pistämisessä tulevien vuosien myötä. Yli 10 vuotta pistävällä huumeiden käyttäjällä C-hepatiitin osuus oli 1056:sta melkein 80 %, ja hiukan yli 20 %:lla tulos oli negatiivinen. Kun taas jos pistämistä oli ollut alle 3 vuotta, C-hepatiitti oli 160:stä hiukan yli 20 %:lla. Vuosien myötä positiivinen tulos tilastossa kasvoi, ja negatiivinen pieneni (Ruuth & Väänänen 2008: 7.)

Päihteiden käyttämisen alkamisikä on tilastossa alkoholin osalta 13,4 vuotta ja käytön muuttuminen säännölliseksi tapahtui 20-vuotiaana. Kannabiksen aloitusikä oli 15,7

vuotta ja tämän päihteen kohdalla käyttö muuttui säännölliseksi 20,3-vuotiaana. Stimulanttien aloitusikä oli 18,3 vuotta ja säännölliseksi käyttö muuttui 22,5-vuotiaana. Opiaatit aloitettiin keskimäärin 20,5-vuotiaana, ja säännölliseksi käyttäminen muuttui 24,1-vuotiaana. Rauhoittavat lääkkeet aloitettiin samaan aikaan kuin opiaattien käyttäminen eli 20,5-vuotiaana ja säännöllistyi keskimäärin vasta 25,6-vuotiaana. Pistäminen aloitettiin keskimäärin jo 19-vuotiaana (Ruuth & Väänänen 2008: 10.)

3.3 Hoitoon ja jatkohoitoon pääseminen

Seppänen on tutkimuksessaan pyrkinyt löytämään nuoren osallisuutta tukevia tukevia ja estäviä mekanisme. Tutkija on valinnut aineistoksi Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksen, Mielenterveyspalveluita ohjaavan lainsäädännön toimivuus (jatkossa MOLT 2009) sekä toimintatarkastuskertomuksen, Nuorten syrjäytymisen ehkäisy (jatkossa NSE) (2007) (Seppänen 2010: 37).

Moniammatillisessa yhteistyössä ongelmana on vastuunjako ja lisäksi yhteistyö on pinnallista. (Seppänen 2010: 65). Mielenterveyspalvelujen ja asiakkaan kohtaamisessa on ongelmia. Kunnissa voi olla mielenterveystyön vastuualue, mutta kyseisiä palveluita ei välttämättä ole tarjolla. Ennaltaehkäisevät palvelut on saatettu leikata kunnan taloustilanteen heikentyessä. (Seppänen 2010: 67 - 68.)

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa, (mielenterveyspalveluita ohjaavan lainsäädännön toimivuus) on kerrottu muun muassa mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Siinä on kerrottu, että terveyskeskuslääkärillä on hyvät valmiudet vastata mielenterveysongelmiin ja palvelutarpeeseen nykypäivänä.

Tarkastuksen haastateltavat olivat sitä mieltä, että asiakkaiden ongelmat ovat koko ajan vaikeutuneet. Lisäksi useilla asiakkailla on yhtäaikaista mielenterveys- ja päihdeongelma. Haastateltavat olivat lisäksi sitä mieltä, että perusterveydenhuollossa tarvitaan erityistä osaamista ja kykyä tunnistaa häiriöitä, jotta moniongelmaista asiakasta voitaisiin auttaa. Kyseisen tuloksellisuuskertomuksen mukaan diagnosoitujen mielenterveysongelmien määrä ei ole kuitenkaan lisääntynyt, mutta mielenterveyspalvelujen käyttö on lisääntynyt. (Jatkola & Rintala 2009: 77, 78.)

Teknologian hyödyntäminen on tärkeää nykypäivän sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tarkastushaastattelujen mukaan tietoverkkojen hyödyntäminen voi turvata mielenter-

veyspalvelujen saatavuuden kunnissa, joissa kasvukeskukset ovat kaukana. (Jatkola & Rintala 2009: 77.)

Jatkohoidon ongelmat ovat usein ongelma palveluiden jatkumisessa. Esimerkiksi työterveydenhuollossa hoidetaan mielenterveysongelmaisiakin. Joskus työntekijän sopimus ei kata esimerkiksi joitakin lisäalueen hoitoa vaativia asioita, kuten psykiatrin palveluita, ja silloin työterveydestä joudutaan ohjaamaan potilas perusterveydenhuollon piiriin tai erikoissairaanhoidon. Esille nousee kuitenkin se, että palvelut ovat hyvin pirstaleisia eikä työterveyshuolto täysin tunne perusterveydenhuollon palveluja. Kyseinen asia on koettu yhtä hankalaksi sosiaalitoimenkin puolella. Lisäksi työntekijät ovat kokeneet, että he eivät tiedä, minne potilas kuuluisi ohjata. Ongelmana on vielä sekin, että työntekijät sosiaalitoimessa eivät tiedä aina, mikä on työnjako mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan kohdalla perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. (Jatkola & Rintala 2009: 78.)

Jatkola & Rintala tuloksellisuustarkastuskertomuksessa (2009: 79.) kerrotaan, että palveluiden saatavuudessa on huomattavia alueellisia eroja. Riittävän nopeasti tai ylipäättänsä hoitoa kuvailtiin vaikeaksi saada. Etenkin potilaat, joilla on vain pieniä mielenterveydellisiä ongelmia, uhkaavat usein jäädä hoidon ulkopuolelle. Tässä kohtaa saattaisi olla syytä miettiä, onko ongelmien ennaltaehkäisy kuitenkin toimivampaa kuin vasta hoidon antaminen kaikista pahimmassa vaiheessa.

Ikolan tutkimuksessa vastanneilla oli hyvin yhtenäinen näkökulma siitä, että hoitoon tulisi voida mennä silloin, kun siltä tuntuu. Odottaminen erään vastaajan mukaan vaan turhauttaa ja motivaatio katoaa. (Ikola 2010: 53.)

Aivan kuin Laitisen (2010) tutkimuksessa, niin samoin myös Halosen (2005) tutkimuksessa vastaajat toivat esille hankaluuden päästä palveluiden piiriin. He toivat esille, että työntekijöillä ei ollut valmiuksia ohjata asiakasta eteenpäin, vaikka asiakas itse koki päihdepalvelujen apua tarvitsevansa. Vastanneet ovat myös sitä mieltä, että päihdepalveluista tulisi tiedottaa enemmän, sillä asiakkailla on epätietoisuutta siitä, minne tulisi hakeutua jos tarvitsee apua. Tärkeänä asiana vastaajat pitivät myös sitä, että palveluita saisi juuri oikeaan aikaan ja hoidon jatkuvuus olisi turvattu. (Halonen 2005: 37 - 38, 43.)

Joskus saatetaan ajatella, että käyttäjillä on jo tarpeeksi tietoa palveluista ja päihteistä. Näin ei kuitenkaan välttämättä ole. Mikäli tieto koetaan puutteellisenä, ei voi päihdeidenkäyttäjälläkään olla varmuutta asioista mikä on hyväksi ja mikä ei. Ikolan tutkimuksessakin käy ilmi, kun eräs vastaaja toteaa, että informaatiota päihdepalveluista ja päihteistä pitäisi antaa enemmän ihmisille. (Ikola 2010: 62.)

Ajatuksena palvelujen oikea-aikaisuus on melko hankala mielestäni, sillä monesti päihdeongelmainen ei heti alussa päihdeongelman astuessa esiin itse palveluita lähde hakemaan ja silloin henkilö saattaa jo olla palvelun tarpeessa, joten kenellä vastuu tässä kohtaa on? Tietenkin voisi ajatella, että tulisi paremmin seuloa jo alkava päihdeongelma ja hoitoa tulisi helpommin saada kuin tällä hetkellä.

Päihdeiden käyttäjällä tai mielenterveysongelmaisella hoitoon pääsy ei aina ole kovin yksinkertaista. Asiakkaalla voi muutenkin olla ristiriitaisia tunteita hoitoon menemisestä sekä sen lisäksi vielä motivaation puutetta ja kun hoitoketju vielä pätkee tai on hankala, jää avun hakeminen joskus vähäiseksi tai olemattomaksi. Ikolan tutkimuksessa nuoret kertoivat, että hoitoon pääsy ainakin sairaanhoitajan vastaanotolle onnistui, mutta suurta kritiikkiä kohtasi jatkohoidon pääsemisen vaikeus. Jatkohoidossa vastaajat kertoivat sukupuolisesta syrjinnästä, sillä naisten mielestä miehet pääsivät jatkohoitoon helpommin. Asiakkaat toivoivat lisää määrärahoja jatkohoidon piiriin. (Ikola 2010: 43 – 45.)

Sosiaali- ja terveysministeriö teki vuonna 2008 asetuksen opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta liittyen lääkkeisiin. Tämän taustalla oli muun muassa se, että korvaushoitojen määrä on lisääntynyt koko ajan ja hoitoon saattaa olla jopa puolen vuoden jono. Asetuksen tavoitteena on ollut se, että hoidon kynnys madaltuisi ja lisäksi avohoidon käytön lisääminen laitoshoidon sijaan. (Paaso & Kotovirta 2009: 22, 23.)

3.4 Palveluiden pirstaleisuus ja hoidon saaminen

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on tuotu ilmi ongelma palvelujen toiminnallisuudesta. Suunnitelmassa on tuotu ilmi tarve kehittää tätä aluetta ja kuntien vastuuta on tuotu esille tämän asian järjestämisessä. Parempi johtaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa selkiyttää palvelujärjestelmää, ja siitä syntyy toiminnallinen kokonaisuus. Suunnitelman mukaan kuntien pitäisi ottaa enemmän

vastuuta palveluiden järjestämiseen, koordinoimiseen ja johtamiseen. Palvelut tulisi järjestää asiakkaiden sekä juuri kunkin kunnan asiakaskunnan tarvetta vastaaviksi. (STM 2009:3: 27 - 28.)

Samansuuntaisia ajatuksia linjaa myös Kotkan, Pyhtään, Haminan, Virolahden ja Miehikkälän alueella toiminut Triangeli-hanke. Hankealueen kokemukset tuovat ilmi, että pelkästään mielenterveys- ja päihdeongelmaan erikoistuneet eivät pysty yksin kohtaamaan ja vastaamaan asiakkaiden hoidon tarpeeseen. Ongelmana on palvelujen eriytyneisyys ja yhteistyön puute hoitavien tahojen välillä, sekä siitä seuraavan asiakkaan palvelun vaillinaisuus. (Hiltunen ym. 2010: 4.)

Triangeli-hankkeessa käy ilmi, että asiakkaat kokevat hankalana siirtymisen toisesta hoitopaikasta toiseen. He toivat esille tilanteen pirstaleisuuden ja epätietoisuuden. Asiakkailla oli kokemuksia siitä, että heille oli suositeltu jotain paikkaa, mutta usein siirtyminen paikasta toiseen jäi edellä mainittujen hankaluuksien takia toteuttamatta. Asiakkaat toivoivat ja kokivat paremmaksi niin, että siirtyminen tapahtuisi enemmän yhteistyössä lähettävän työntekijän kanssa. (Hiltunen ym. 2010: 16.)

Usein asiakas jätetään hoitojakson jälkeen ikään kuin omilleen, silloin kun katsotaan, ettei hän esimerkiksi enää ole psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarpeessa, tällöin kuitenkin asiakas saattaa edelleen tarvita tukea ja apua. Vastanneet palveluiden käyttäjät kritisoivatkin palvelujen loppumista ja kertoivat niiden loppuvan lähes kokonaan hoidon jälkeen. Vastanneet kertoivat, että kun hoito on ohi, voi mennä kuukausia aikaa ennen kuin asiakas saa kontaktin johonkin hoitohenkilöön tai tukea antavaan henkilöön. Tämä on liian pitkä aika, sillä apu voi edelleen olla suurta hoidonkin jälkeen. Tällöin asiakas kokee jäävänsä yksin asioidensa kanssa. (Laitila 2010: 99 - 100.)

Asiakaslähtöistä olisi antaa henkilölle palveluita silloin, kun hän itse kokee tarvitsevänsä palveluita, näin ei kuitenkaan erään vastanneen mielestä ole eli ”Ja, mutta niin ku se, että siinä vaiheessa, ku ihminen myöntää, että tarvii apua, niin sitä ei saa.” (Laitila 2010: 102). Tämä on juuri osa ei-matalakynnyksistä palvelujärjestelmää, jota tulisi saada muokattua toiseen suuntaan. Toisaalta asiakkaat kokevat joskus huonoa omaa tuntoa, sillä ollessaan itse palvelunkäyttäjäksi ”päässeenä”, on heillä mielessä, että joku muu voisi tarvita paikkaa kipeämmin ja ei silti sitä saa esimerkiksi työntekijöiden vähäisyyden vuoksi. (Laitila 2010: 102.)

Halosen tutkimuksessa perehdyttiin päihdepalvelujärjestelmään, joka liittyy esimerkiksi palvelujen saatavuuteen. Palvelujärjestelmään liittyviä asioita olivat palveluiden jatkuvuus, yhteistyö eri palveluiden kesken, palveluiden informaatio ja palveluntuottaja. Tutkimuksessa palvelujärjestelmä koettiin hajanaisena ja epäjärjestelmällisenä. (Halonen 2005: 37.)

Ikolan tutkimuksen tuloksissa se, että palvelut ovat ainakin osittain hajanaisia. (Ikola 2010: 43). Syitä tällaiseen hajanaisuuteen hoitoketjussa voi olla monia. Eri säätiöiden ja hoitopaikkojen yhteistyö on yksi niistä. Hoitoon ohjaaminen on oleellista ajatellen myös yhteistyötä eri yksiköiden välillä. Tämä on juuri alue, joka vaatisi kehitystä.

Halosen tutkimuksessa hoitoon ohjaaminen, puheeksi ottaminen ja arviointimenetelmät olisivat lisäkoulutusta vaativia asioita. Selkiyttäminen palvelujärjestelmissä auttaisi myös työntekijöitä ohjaamaan asiakkaita oikeaan paikkaan. Asiakkaat eivät aina oikeasti itse tiedä mistä apua pitäisi hakea. (Halonen 2005: 35.)

Ohjautuvuuden kannalta tärkeää Halosen tutkimuksen mukaan olisi tärkeää antaa tietoa suurkulutuksen rajoista, päihteiden liikakäytön hallintakeinoista sekä itse päihderiippuvuudesta (Halonen 2005: 37). Informaation merkitys oli kaikille vastaajille suuri. Tiedottaminen palveluista auttaa asiakasta hoitoon ohjautumisessa sekä palvelun saamisessa. Tiedon siirtyminen kuntien välillä sekä viranomaisten kesken on myös tärkeää. (Halonen 2005: 38.)

Palveluihin hakeutumiseen liittyy olennaisesti asiakkaan hoitomotivaatio. Hoitomotivaation kuvattiin olevan tärkein tekijä hoitoon hakeutumisessa. Tähän motivaation asiakas tarvitsee ymmärryksen päihteiden aiheuttamista vaaroista tai haitoista itselleen. Haastatellut kuvaavat pikkuhiljaa kehittynyttä häpeän tunnetta. Päihdeongelman kehittyessä ilmentyy myös salailua ja sosiaalisten suhteiden heikkenemistä tai ainakin sosiaalista haittaa. Tämän myötä henkilölle kehittyy myös tapa soimata itseään, ajatuksella että on itse aiheuttanut kaiken ja että itse myös kuuluu kärsiä. Kaikki nämä haittaavat hoitoon hakeutumista. (Halonen 2005: 41.)

Mikäli avuntulo tapahtuu väärään aikaan, heikentää sekin motivaatiota ja hoitoon hakeutumista. Tämän takia päihdepalvelujen tulisi olla oikea-aikaisia ja ottaa samalla huomioon asiakkaan yksilöllinen tilanne. Haastatellut kuvaavat tilanteita, jossa hoitoa olisi tarvinnut, mutta sitä ei saanut (Halonen 2005: 42.) Tätä voi joskus olla työnteki-

jän kannalta vaikea toteuttaa, mutta tämä on kuitenkin huomiota kaipaava asia. Työntekijähän on se, joka periaatteessa päättää asiakkaan puolesta, tarvitseeko hän hoitoa vai ei ja onko hoito saatava tässä ja nyt vai voiko se odottaa jonkin aikaa. Nämä ovat vaikeita päätettäviä ja ammattitaitoa vaativia asioita.

Yksi huumausaineiden käytön vähentäjä päihdepalveluissa ovat matalakynnyksiset ja monipuoliset terveystalvelut. (Aalto ym. 2009: 27). Matalakynnyksisyyden on kuitenkin huomattu olevan yksi ongelma päihdehuoltojärjestelmässä. Aalto ym. (2009: 27). tutkimuksessa sanotaan, että Suomessa on onnistuttu terveysneuvonnassa ja neulojenvaihtotoimipisteiden toiminnassa, mutta seuraavassa tutkimuksessa on oltu eri mieltä. Alhon ym. tutkimuksessa huumausaineiden käyttäjät ovat kritisoineet muun muassa terveystpisteiden neulojen vaihtoa. Tutkimukseen vastanneiden mielestä vaihtopisteet eivät vastaa heidän tarpeitaan (vaihtomäärien rajoitukset, saatavuuden rajoitukset) ja lisäksi asioiminen välineenvaihtopisteissä koettiin häpeällisenä. (Alho ym. 2010: 88.)

3.5 Työntekijöiden valmiudet

Seija Kokon pro gradu –tutkielmassa on tutkittu asiakkaiden mielipidettä ja näkökulmaa mielenterveyspalveluihin. Tuloksissa on kerrottu mitä asiakkaat odottavat yhteistyöltään hoitohenkilökunnan kanssa. Kokon tutkimuksessa tulee esille asioita asiakkaan osallisuuteen liittyviä asioita. Osallisuudessa on kyse muun muassa vaikutusmahdollisuuksista omaan hoitoon. (Kokko 2004: 80.)

Tutkija on jakanut asiakkaat ja näkemykset kolmeen käsitystyyppiin. 1. tyypissä asiakas toivoo itse voivansa vaikuttaa mahdollisimman paljon hoitoonsa ja siihen liittyviin asioihin. 2. tyypissä mielenterveystyö koetaan hyväksi silloin kun työntekijä toimii asiakkaan parhaaksi. Asiakkaat toivovat, että työntekijät ottavat esille heidän hoitoonsa liittyviä tärkeitä asioita. He luottavat työntekijän ammattitaitoon, sillä he ajattelevat että työntekijät ovat hoitaneet aiemminkin samantapaisia asiakkaita ja tällöin tietävät mitä tekevät. Asiakkaat pitävät tärkeänä sitä, että työntekijä tuo esille omia näkemyksiään asiakkaan tilanteesta ja antavat ohjeita sekä muistuttaa asiakasta hoidossa käymisen tärkeydestä. Tyyppi 3:n mukaan asiakas ja työntekijä yhdessä pohtivat sopivia hoitokeinoja asiakkaan hyväksi. He haluavat vaikuttaa hoitoonsa, mutta myös kuulla työntekijän ammattitaitoa. (Kokko 2004: 80 - 81.)

Kategorioissa tulevat esille eri ihmistyytit. On olemassa erilaisia ihmisiä, ja kukin toivoo hoidoltaan erilaisia asioita ja jokaiselle sopii omanlaisensa hoito parhaiten. Mielenterveystyötä ei voida asettaa tiettyyn muottiin, vaan on otettava huomioon erilaisten ihmisten tarpeet.

Kokko on eritellyt asiakkaan kokemuksia auttavasta toiminnasta hyvässä mielenterveystyössä. Asiakkaiden käsitykset tutkimuksessa ovat hyvin yksilöllisiä. Tutkija on kuitenkin erotellut käsitykset kuuteen eri kategoriaan. A1-kategorian mukaan ainoa apukeino on keskustelu ammattitaitoisen työntekijän kanssa. Työntekijällä asiakkaat tarkoittavat hoitajaa, terapeuttia, psykoterapeuttia tai psykologia. A1:n asiakkaille tärkeää on, että työntekijä pysyisi samana alusta loppuun. Keskustelu ja neuvominen koettiin tässä ryhmässä tärkeinä.

A2:n asiakkaat kokivat keskeisenä apuna ”muut sairastuneet” eli vertaistuen. Apua he saivat toisilta vapaamuotoisista keskusteluista toistensa kanssa, mutta myös järjestetyissä ryhmissä. Keskustelut muiden kanssa pitävät yllä toivoa paranemisesta. Myös oman tilanteen vertailu toi joissain tapauksissa uskoa toipumiseen, kun tilanne ei välttämättä ollutkaan niin paha kuin toisella (Kokko 2004: 83, 84.) Tämä ehkä kuulostaa hiukan oudolta, että toisen ihmisen huono tilanne saa ihmisen tajuamaan että oma tilanne onkin parempi, mutta niin ihmiset ilmeisesti saattavat kokea. Muiden ihmisten läsnäolo poistaa myös yksinäisyyden tunnetta ja lisää tietoa siitä, että ei ole yksin ongelmiensa kanssa.

A3 kategorian tärkein auttamistekijä oli lääkehoito. Lääkehoito koettiin aluksi etäisenä ja huonona, mutta hoitohenkilökunta sai asiakkaat ymmärtämään lääkehoidon tärkeyden joidenkin kohdalla. Tärkeää oli se, että lääkehoito jäi kuitenkin lopuksi asiakkaan itsensä päätettäväksi; kokeilla vai ei. Lääkehoidosta odotettiin esimerkiksi nopeaa apua, itkuisuuden vähenemistä, etenkin psykoosien hallitsijaa, mielialan nousemista ja ahdistuneisuuden helpottumista. Lääkehoitoon liittyi asiakkailla kuitenkin myös epä-tietoisuutta ja pelkoja esimerkiksi mahdollisista sivuvaikutuksista. (Kokko, 2008: 85.)

A4:n asiakkaat pitivät myös lääkehoitoa tärkeänä, sillä lääkkeet mahdollistivat toisen tärkeän avun eli keskustelun työntekijöiden kanssa. Lääkkeet ovat siis ikään kuin hoi-

don hyvä lisätuki. A4:n asiakkaat kuvasivat lääkehoidon auttaneen ”normaaliin elämään”. Sillä he tarkoittavat kykyä opiskella, harrastaa ja hoitaa jokapäiväisiä velvoitteita. Asiakkaat tarkoittivat normaalilla myös edellisen lisäksi sitä, että he kokisivat mielekkäänä sen mitä tekevät. (Kokko 2004: 84,85.)

A5:n mukaan auttavaa toimintaa hyvässä mielenterveystyössä oli asiakkaiden yhteinen toiminta. Toiminnalla on keskeinen merkitys, sillä se rytmittää päivää. Tässä kategoriassa ei mainita ammattihenkilöstöä, vaan he ovat avainasemassa toiminnan mahdollistajina. Tämän ryhmän vastaajat korostivat sitä, että mielenterveystyön on oltava muutakin kuin pelkkää asioista keskustelua. (Kokko 2008: 85.)

A6:n käsityksissä esiin tulevat ajatukset omaisten tai perheenjäsenten mukana olemisessa hoidossa. Tähän liittyy myös tieto siten, että asiakkaiden mielestä olisi hyvä, jos omaiset saisivat ammattihenkilöiltä tietoa sairaudesta. Näin asiakkaat ajattelevat, että tällöin perhe ymmärtäisi sairauden ymmärtämisen ohella paremmin myös sairastunutta eli häntä. (Kokko 2008: 85.)

3.6 Päihdetyön ja mielenterveystyön kehittäminen asiakkaan näkökulmasta

Opinnäytetyöni pääaihe on asiakkaan osallisuuden vahvistaminen. Se on moniulotteinen termi, joten sivuan aiheessa myös muita läheisiä aiheita jotka siihen liittyvät. Kaikkea en pysty ottamaan mukaan, sillä muuten koko aihe menisi liian laajaksi ajan käytön ja työn kannalta. Mielestäni ja perusteltavasti aihetta sivuavia alueita ovat muun muassa asiakaslähtöisyys ja yhden oven periaate.

Laitilan tutkimuksessa (2010: 86). asiakkaiden mielestä on välttämätöntä että heidän mielipidettään kuullaan, sillä ilman heidän mielipiteitä muutoksia tai parannuksia ei voida saada mielenterveys- ja päihdepalveluissa aikaan. Asiakkailla on itsellään parhain asiantuntijuus palveluiden sisältöön. Jotkut vastanneista olivat jopa sitä mieltä että uusien palveluiden suunnitteleminen ilman heidän näkemystään on täysin turhaa. Tämä myös tarkoittaa mielestäni sitä että mikäli mielenterveys- ja päihdepalveluita yritetään kehittää ilman asiakasnäkökulmaa, se on turhaa rahan tuhlaamista sillä tällaisiin suunnitelmiin käytetään paljon rahaa sekä henkilökuntaa. Tutkimukseen vastanneet olivat myös sitä mieltä, että useinkaan heidän mielipiteitään ei oikeastaan haluta kuulla. Tämä esimerkiksi sen vuoksi on näin, että asiakkaiden mielipiteiden kuulemi-

seen kuluu paljon aikaa ja ”päättäjien” ja hoitohenkilökunnan ylivaltaisuus vähenee, eli kun he eivät tiedäkään kaikkea. Palveluiden käyttäjät toivat esiin myös palvelupaikkojen toimintaympäristön ja kulttuurin yhtenä tekijänä siinä miten palveluiden käyttäjiä halutaan kuulla. (Laitila 2010: 87.)

Tästä mieleen tulee että ei ole siis aivan sama missä asiakas hoitoa saa, jos erot ovat vaikuttamisen mahdollisuuksissa erilaisia. Muutkin kulttuuriset seikat saattavat näkyä myös suomalaisessa mielenterveys- ja päihdepalveluissa siten että omien mielipiteiden julkittaminen ei ole suomalaisille kovin luonnollista. Häpeän tunteminen ainakin osittain vielä leimaa ajatusten julkittamisesta ja esimerkiksi osallistumisesta ryhmätapaamiin mielenterveys- tai päihdeasioihin liittyen. Toinen asia mikä voi vähentää osallistumista palveluiden kehittämiseen voi olla asiakkaiden jaksamattomuus muun muassa heidän sairautensa vuoksi. (Laitila 2010: 88.)

Opinnäytetyöni tukee mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä. Laitilan tutkimuksessa vastanneet kokevat tärkeänä, että he voisivat olla osana kehittämässä palveluita. Käytännössä eräs vastaaja sanoo, että kehittäminen voisi olla mielipiteiden kysymistä (Laitila 2010: 92.) Tähän osittain pohjautuu myös minun opinnäytetyöni. Kyselytutkimuksen avulla asiakkaat ja palveluiden käyttäjät saavat mielipiteensä kuuluviin. Monet vastaajista toivat esille, että jotkut eivät välttämättä kuitenkaan halua vastata kyselyihin tai olla mukana kehittämässä palveluita, olivat he sitä mieltä kuitenkin että aina löytyisi niitä jotka myös haluaisivat olla mukana kehittämisprosessissa ja tuoda mielipiteitään julki palveluista. (Laitila 2010: 93).

Vertaistuen lisääminen on mainittu kehittämistarpeissa muun muassa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Partanen 2009:3: 20). Vertaistuki oli myös tärkeä tukikeino Kokon tutkimuksen asiakkaille. Vertaistukea saatiin muun muassa järjestetyissä ryhmissä, mutta ennen kaikkea asiakkaiden mielestä hyvää oli ”toisten sairastuneiden” eli asiakkaiden yhtenäinen vapaamuotoinen keskustelu ja kokemusten jako. (Kokko 2004:83.)

Granfeltin tutkimuksessa vertaistuki on yksi asuinyksikössä tehdyn tutkimuksen keskeinen resurssi. Asuinyhteisö on ikään kuin vertaisyhteisö, jossa on mahdollisuus ystävystyä muiden päihteettömyyteen sitoutuvien kanssa. Asiakkaat eivät saa olla tekemisissä huumeidenkäyttäjien tai rikollisten kanssa. (Granfelt 2004:83-84.) Granfeltin

tutkimuksessa asiakkaat eivät ensisijaisesti halunneet asuntoa, vaan ensin oppia asumaan ja yhteisasuminen tuki tulevaa itsenäistä asumista. Tämä koettiin tärkeäksi.

Palvelujen käyttäjät kokivat myös, että palvelujärjestelmää tulisi kehittää esimerkiksi siten, että uusia hoitomenetelmiä otettaisiin käyttöön ja vertaistukitoimintaa olisi enemmän. Tässäkin tutkimuksessa juuri tekemisen järjestäminen toivottiin lisääntyvän. Vastanneet ehdottivat kehityshaasteiksi muun muassa päihdeongelmaisten kahvilaa tai työpajaa. Kehittämistä olisi myös yksilöllisyyden huomioimisessa palveluissa. Vastanneet toivat esille, että osa tarvitsisi hyvinkin tiivistä seurantaa ja toiset taas pärjäisivät paremmin omillaan. (Halonen 2005: 43, 44.) Tässä tulee esille se, kuinka haasteellista päihdehoitotyö oikeastaan on. Työntekijällä on oltava valtavan laaja ihmiskäsitys työtä tehdessään.

3.7 Avunsaaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Mielenterveyden ongelmista yksi ehkä tunnetuimmista yleisesti ihmisten keskuudessa ja keskustelua herättävistä ja näin esillä olevista on masennus. Tuon esille juuri masennuksen, sillä luulen että se on tulevaisuudessakin melko varmasti yksi nuorten yleisimmistä mielenterveysongelmista. Myllykangas on omassa Pro gradu työssään perehtynyt masennuksen sosiaalisen tuen merkitykseen mielenterveysasiakkaalle.

Asiakkaat ovat tutkimuksessa tuoneet esille erilaisia selviytymiskeinoja masennuksen voittamisessa. Nuoret ovat kertoneet tarinan muodossa omia selviytymistarinoita. Tutkija on löytänyt aineellisen tuen muotoja nuorten kertomuksissa. Aineellisen tuen muotoja olivat raha, lääkitys, asuminen ja ravinto. (Myllykangas 2009: 44-45)

Kaikki ilmoittivat tutkimuksessa myös saaneensa toiminnallista tukea. Jokainen koki toiminnallisen tuen hyväksi ja auttavan sairaudessa selviytymiseen (Myllykangas 2009: 48). Toiminnallisen tuen muodoiksi lueteltiin siis laitoshoido ja tuettu asuminen, opiskelun tukeminen, sairausloma, kuntoutussuunnitelman tekeminen, konkreettinen apu arjessa, kuntoutus sekä sosiaalityöntekijän antama apu (Myllykangas 2009: 48).

Vastaajat kertoivat saaneensa myös tiedollista tukea. Jonkinlaista tiedollista tuen muotoa siis kokivat saaneensa kaikki vastaajat. Tiedollisen tuen muotoja olivat perustason tiedollinen tuki, erikoissairaanhoidon tiedollinen tuki, sosiaalityöntekijän antama tiedollinen tuki ja lähipiirin antama tiedollinen tuki (Myllykangas 2009: 53.) Lähipiirin

antama tiedollinen tuki koettiin jokseenkin ristiriitaisena ja kaksi vastaajista koki sen jopa negatiivisena (Myllykangas 2009: 59).

Emotionaalista tukea koki saaneen neljä vastaajista, ja kaksi koki, ettei ollut saanut tarpeeksi emotionaalista tukea (Myllykangas 2009: 62). Usein emotionaalinen tuki vastaajien kertomuksissa liittyi jotenkin ystäviin, perheeseen tai sukulaisiin.

Päihdeasiakkaiden näkemyksiä kartoittava ensimmäinen teema käsitteli nuorten ajatuksia työntekijöistä ja heidän ammattitaidostaan. Vastaajat toivat esille kokemusasiantuntijuuden merkityksen. Parhaimpia päihteistä kertojia olivat nuorten mielestä itse entiset käyttäjät. (Ikola 2010: 51.)

Monet vastanneet kokivat Laitilan tutkimuksessa, että vertaistuki oli erittäin tarpeellinen apukeino toipumiseen. Tämä koettiin jopa kaikista parhaimpana apuna. Asiakkaat kokivat myös, että hoitohenkilökunnalla ei ollut omakohtaista kokemustietoa asioista, toisin kuin saman kokeneilla ihmisillä. (Laitila 2010: 102.)

Kuusiston tutkimuksessa havaittiin, että ongelmallinenkin päihteidenkäyttö yhteiskunnassa on asia, johon harvoin kuitenkaan puututaan yhteiskunnan järjestelmän aloitteesta (Kuusisto 2010: 132).

3.8 Asiakkaan osallisuus ja osattomuus

Sana asiakaslähtöisyys voi olla hankala termi, ja tämä käy ilmi Laitilan tutkimuksessa, sillä vastaaja joutuu miettimään mitä se edes ylipäättäänsä on, kun sitä häneltä kysytään. Laitilakin miettii, miten tämän termin käsittäisi ja mitä sen kertoisi oikeastaan tarkoittavan.

Osassa vastaajien kommenteista kävi ilmi että he pitivät sanaa kaupallisena terminä, eli sana liittyy markkinoihin mutta ei hyvinvointi- ja hoiva-alaan. Joissain kommenteissa taas palataan siihen, että koko asiakaslähtöisyys on pelkkää retoriikkaa, ja tällä he tarkoittivat sitä, että annetaan ikään kuin vaikuttaa ja osallistua asioihin kuten palaverihin, mutta käytännössä päätökset eivät kuitenkaan toteudu, ainakaan asiakkaiden ajatusten mukaisesti. (Laitila 2010: 96 - 97.)

Asiakaslähtöisyys tulisi asiakkaiden mielestä toteutua moniulotteisesti. Asiakasläh- töistä toimintaa onkin Laitilan tutkimuksessa katsottu monelta eri kantilta ja pohdittu

monessa kohtaa, mitä se oikeastaan on. (Laitila 2010: 97.)

Mielekäs toiminta palveluyksikössä koettiin yhtenä isona osa-alueena asiakaslähtöisessä paikassa. Eräs vastaaja koki, että jos mielekästä toimintaa ja aktiviteettia ei ollut, ei paikka tukenut kuntoutumista vaan päinvastoin vastaajan mielestään jopa pahensi esimerkiksi masennusta. (Laitila 2010: 99.)

Hyvin huonona vastanneet kokivat päätökset jotka tehtiin ikään kuin selän takana. He toivoivat, että asioista kuten lääkkeiden vaihdosta tai muista sairauteen liittyvistä asioista olisi annettu tietoa suoraan eikä epäselvästi ja epäsuorasti. Laitilan tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdeasiakkaat toivat esiin vahvasti, että heitä pitäisi kuulla enemmän kun hoidon aloittamisesta päätetään. (Laitila 2010: 99 - 100.) Tiedonsaanti on siis yksi tärkeä osa asiakaslähtöistä toimintaa.

On kuitenkin olemassa laki, jonka mukaan myös toisaalta potilaan puolesta voi joissain tapauksissa päättää ja määrätä hoitoon. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto eli Valvira on lainannut mielenterveyslaista että ”mielenterveyslain mukaan täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta vain seuraavissa tapauksissa: 1. Hänen todetaan olevan mielisairas. 2. Hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta.”

Laki on usein monimutkaista tekstiä ja siihen jää usein myös tulkinnanvaraisia asioita. Jos mietitään, että potilas itse haluaa päättää hoidostaan, voi periaatteessa hoitohenkilökunta määrätä hänet hoitoon ajatellessaan tilanteen olevan sellainen että tämä esimerkiksi vaarantaa oman henkensä. Tämä lain mukaan täyttää kriteerit hoitoon määrittämisestä. Tässä tilanteessa potilas itse voi kuitenkin olla täysin eri mieltä asiasta ja tilanteen vakavuudesta. Tällaisia päätöksiä on aina hankala tehdä, sillä nämä tilanteet ovat aina tulkinnanvaraisia. Tilanne voi olla myös käänteinen, eli potilas itse toivoo hoitoon pääsyä ja tämä ei jostain syystä ole tarpeen hoitohenkilöiden mukaan. Tähän vastanneet toivoivat myös huomiota. Vastanneet olivat sitä mieltä, että mahdollisuus päästä halutessa hoitoon tulisi aina olla. (Laitila 2010: 89.)

Osallisuus omaan hoitoon koettiin myös tärkeänä. Osallisuus omaan hoitoon voi vastanneiden mielestä olla mm. osallistumisen mahdollisuutta keskusteluihin, hoitoneuvotteluihin tai palavereihin. Joskus asiakkaasta oli myös tuntunut, että vaikka hän oli-kin saanut olla mukana keskustelussa, olivat asiat jääneet kuitenkin vain puhumiseen ja itse vaikuttaminen oli unohtunut ja jäänyt toteutumatta (Laitila 2010: 91.)

Osallistuminen toimintaan on myös yksi osa osallisuudesta omaan hoitoon. Osallisuudella Laitilan tutkimuksessa tarkoitetaan sitä toimintaa, johon osallistutaan ja mitä mielenterveys- ja päihdeyksikössä on tarjolla. Asiakkaat kokivat hyvänä toiminnan ja huomasivat että se auttoi useimmiten tuomaan sisältöä arkeen. Eräs kertoi miettivänsä valintaa osallistumiseen tehdessään aina että palveleeko osallistuminen mm. omaa henkistä kasvua, kehitystä ja uusien asioiden oppimista sekä myös miettivänsä onko edessä myös uhkia. Toiminnalla eräs vastannut juuri sanoo täyttävänsä tyhjiötä kun alkoholinkäyttäminen jäisi pois. (Laitila 2010: 91 - 92.)

Ikolan kolmas teema käsitteli osattomuutta asiakkaiden kohdalla päihdehuollossa. Näitä ilmeni joka puolella eri palveluiden piirissä päihdepuolella. Vastanneet kertoivat, että mielipiteen he olivat saaneet kertoa ja sitä oli kyselty, mutta se ei johtanut mihinkään toimenpiteisiin, eikä sillä siis ollut mitään käytännön merkitystä.

Toinen asia, josta vastanneet kertoivat, oli se, että heitä ei kuunneltu heidän hoitoon liittyvissä asioissa. Myöskään asiakkaan mukana olevaa puolesta puhuvaa asiantuntijaa ei kuunneltu. (Ikola 2010: 48, 49.) Tässä tutkimuksessa todettiin siis sama asia kuin Laitilankin tutkimuksessa.

Toiminnan vastanneet kokivat hoitopaikoissa liian passiivisena. Vastanneet toivoivat, että hoitopaikoissa olisi panostettu tekemisen järjestämiseen ja aktiviteetteihin. Tällä he tarkoittivat esimerkiksi liikunnallista tekemistä, ulkoilua ja yksilö- ja ryhmämuotoisia päihdehoitomuotoja. (Ikola 2010: 49, 50.) Yhtäläisiä tutkimustuloksia oli Laitilankin tutkimuksessa.

3.9 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohteleminen palveluissa

Mediassa on lähiaikoina ollut esillä sairaanhoitajien rikkomuksia koskevia aiheita. Tämä herättää varmasti keskustelua hoitajien etiikasta, esimerkiksi eettisistä periaatteista ja niiden noudattamisesta.

Suomessa eettisiä kysymyksiä käsittelee valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Eettinen neuvottelukunta on perehtynyt sosiaali- ja terveyspuolen asiakkaan asemaan liittyviin kysymyksiin ja sen muita tarkoituksia on herättää yhteiskunnallista keskustelua ja välittää tietoa eettisistä kysymyksistä ja suosituksista. (Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta 667/2009.)

Hyvässä eettisessä mielenterveystyössä on monia periaatteita. Kaikenikäisten mielen-terveyttä tukeva elinympäristö on terveellinen ja turvallinen. Mielenterveystyön on tuettava ihmistä mahdollisimman itsenäiseen arkeen ja elämään. Mielenterveystyön ammattilaisten on annettava tarpeeksi ohjausta ja tietoa asiakkailleen. Perusta mielen-terveystyössä on ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Rajoitustoimet ovat viimeinen keino hoitotoimenpiteissä ja nekin voimassa vain lain sallimissa rajoissa. (Halila ym. 2009: 5.)

Mielenterveystyössä esille nostetut ajatukset ja ehdotukset eivät aina toteudu käytännön arjessa. ETENE –julkaisu on nostanut joitakin epäkohtia esille esimerkkeinä. Poliittinen tahto ja voimavarat eivät suuntaudu tarvittavaan muutokseen yhtenäisesti. Voimavarojen puutetta tarjotaan usein syyksi siihen, että muutoksia ei tapahdu. Riittävien voimavarojen saamista estävät mielenterveysongelmaiset kohderyhmänä siksi, että he eivät ole tarpeeksi panosta tuottava ryhmä yhteiskunnallisesti. Vastuu mielenterveystyön panostamisessa kuuluisi julkiselle sektorille, mutta vapaaehtoisjärjestöt –ja yhdistykset ovat merkittävä ja suuri tekevä osa mielenterveystyössä. (Halila ym. 2009: 23.)

Julkisuudessa ja mediassa mielenterveyshäiriöiset käsitetään yleensä suurena ”kulueränä”. Heitä ei yleensä nähdä millään lailla positiivisessa valossa. Mielenterveystyönkin päätöksiä, niin kuin muitakin yhteiskunnallisia päätöksiä pitäisi arvioida siinä mielessä, missä ne vaikuttavat koko väestön hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä. (Halila ym. 2009: 23 - 24.)

Huumausainetilanteeseen vaikuttavat kuitenkin aina resurssit, joita siihen on annettu. (Alho ym. 2010 14). Syitä varmasti löytyy lukuisia muitakin. Huomattava asia on se, että monien asioiden tulisi muuttua, jotta mielenterveystyö pääsisi kehittymään aika-

sa hengen mukaiseksi, ja että mielenterveysongelmaiset saisivat paremmin kuntoutumista tukevaa ja normaalin elämään tukevaa apua. Mielenterveysongelmat ovat kaikkien ongelma, yhteiskunnallisesti ja kansanterveyden hyvinvointia sekä tulevaisuutta ajatellen.

Kokko on eritellyt kategorioihin myös asiakkaan käsityksiä työntekijästä hyvässä mielenterveystyössä. Toisen kategorian mukaan hyvä työntekijä mielenterveystyössä on asiakkaiden mielestä ennen kaikkea sellainen, jolla on oikeanlainen asenne. Se, että työntekijä arvostaa ja kunnioittaa asiakasta on tärkeää, sillä palveluihin hakeutuminen koetaan edelleen hyvin vaikeana. 1. kategoriassa hyvä mielenterveystyöntekijä on kategorian mukaan asiakasta kunnioittava ja sellainen joka näkee asiakkaan ihmisarvoisena. Ihmisarvoisen vastaisena koettiin se, että työntekijä uskoo, ettei mielenterveysongelmaisella ole mahdollisuuksia parantumiseen. Kategoriassa kolme korostetaan sitä, että hyvä työntekijä omaa ennen kaikkea ammattitaitoa ja kokemusta. Ominaisuuksia, joita toivottiin, olivat empatiakyky, kuuntelemisen ja myötäelämisen taito. (Kokko 2004: 86, 87.)

Ikola nimeää toisen ongelmakohdistaan kohtaamisen ongelmaksi. Parhainta kohtelua asiakkaat kertoivat saaneensa avohoidossa, ja huonointa taas laitoshoidossa. Sijainti oli nuorten mielestä niin, että laitoshoido oli kauempana keskustasta ja muut palvelut kuten avohoido lähellä keskustaa. (Ikola 2010: 45 – 47.)

Nuoria kohdeltiin välinpitämättömästi etenkin laitospaikoissa, ja he kokivat, että apua tai huomioiduksi tulemistä ei saanut, ellei sitä itse osannut vaatia. Huono kohtelu henkilökunnalta ilmeni myös narkomaaniksi leimaamisena, välinpitämättömyytenä ja vaitiolo-velvollisuuden rikkomisena. Asiakkaat kokivat myös, ettei henkilökunnalla ollut tarpeeksi tietoa päihdeongelmista. Lähinnä tietoa oli vain alkoholismista, mikä ei riitä, sillä päihdeongelmiin kuuluvat laajasti myös huumausaineongelmat. (Ikola 2010: 45 – 47.)

Myös Perälän tutkimuksessa huumeiden käyttäjät olivat kokeneet ongelmia henkilökunnan kanssa asioidessaan. Asiakas esimerkiksi kaipasi usein auttamista ja tukea henkilökunnalta, mutta saikin vain tarjolle pelkkää kontrollia. Eräs kuvasi henkilö-

kunnan kohtelevan heitä kuin ”karjana”, jonka on toimittava tarkalleen ohjeiden mukaan. (Perälä 2007:3: 267.)

3.10 Hoidon vaikuttavuus

Hoidon jälkeen voisi kiinnittää huomiota esimerkiksi tekemisen mahdollisuuksiin ja järjestämiseen. Ikolan tutkimuksessa vastanneet kokivat, että hoidon jälkeen tulisi olla enemmän jotakin järjestettyä toimintaa. Eräs vastannut sanoo, että tekeminen on auttanut häntä ja lisäksi hän toivoisi, että laitoshoidon jälkeen autettaisiin työn ja harrastusten järjestämisessä. Lisäksi moni koki, että pahinta on se, kun hoidon jälkeen jää yksin kotiin. Moni pelkäsi, että ajautuu hoidon jälkeen ilman kontrollia samoihin vanhoihin kuvioihin, mihin päihteet tietenkin liittyvät. (Ikola 2010: 58.)

Päihdeasiakkaat toivoivat etenkin enemmän tekemistä ja toimintaa. Se on yksi edellytys päihdeettömyydelle. Tässä oli nuorten mielestä paljon kehitettävää. (Ikola 2010: 52.)

Vastapainoksi kaikelle tälle asiakaspalvelulle, joka lähinnä vaatii enemmän yleensä työntekijältä kuin asiakkaalta, toivat asiakkaat kuitenkin esiin myös rajojen asettamisen tärkeyden hoitohenkilökunnan toimesta, ja niiden noudattamisen asiakkaana. Vastaajat kokivat velvoitteet esimerkiksi osallistua toimintaan asiakaslähtöisenä. (Laitila 2010: 101.)

4 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyö on osa Mietippä hanketta. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia ja kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuutta ja tätä kautta lisätä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuutta. Tavoite on myös tuoda mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävien asiakkaiden mielipide kuuluviin.

Hyötyä palvelujen kehittämisestä on sekä asiakkaille ja myös hoitoa antavalle henkilökunnalle. Lisäksi tutkimus antaa myös uutta pohdittavaa ihmisille palveluista asiakkaan näkökulmasta. Hyötyä koituu myös itse työntekijöille mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Kun he tietävät asioita, joita tulisi kehittää, ja mitä asiakkaat palvelultaan ja hoidoltaan toivovat, voivat he kehittää omaa työskentelyään. Myös asiakaslähtöisyys on palvelutyössä merkittävä termi ja tätä kehittämällä myös palveluiden on mah-

dollista kehittyä.

Opinnäytetyö kartoitti mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimivuutta Etelä-Kymenlaakson alueella. Tutkimukseen oli tarkoitus ottaa mukaan laaja-alaisesti asiakkaita mielenterveys- ja päihdepalveluiden sektorilta. Tutkimuksessa kartoitettiin mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelujen asiakkaiden näkökulmaa mielenterveys- ja päihdepalveluista.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös epäsuorasti peruspalveluita, eli tämä aihe tuotiin esille kartoituksen tarkoituksessa avoterveydenhuollon käyttäjille. Opinnäytetyöllä haettiin asiakkaan näkökulmaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuuteen ja siihen mitä mieltä asiakkaat oikeasti palveluista ovat. Mielenpitoja oli tarkoitus kartoittaa palveluiden toimivuuden lisäksi muun muassa asiakaslähtöisestä toiminnasta, palveluiden parantamisesta, yhden oven periaatteesta sekä avuista joita asiakkaat toivoksivat saavansa.

Tässä opinnäytetyössä on ajatuksena että asiakkaat ovat asiantuntijoita tietämään mikä on heille parasta apua ja miten palveluita voitaisiin parantaa. Mielenpidekyselyllä toivon saavani vastauksen Kymenlaakson alueen palveluiden toimivuuteen ja siihen mitä kehitettävää asiakkaiden mielestä Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalveluissa on. Opinnäytetyöni tarkoitus tarkentunut tutkimusprosessin aikana ja muun muassa opinnäytetyön kysymykset koskevat palvelujen laatua (hyvää, huonoa, millaista, kynnysketterömyys...) saatavuutta (miten helposti palveluihin pääsee...) ja vaikuttavuutta eli esimerkiksi mitä apua henkilö kokee saavansa ja mitä tarvitsisi). Nämä asiat ovat siis keskeisessä asemassa myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Lopulliset tutkimusongelmat ovat seuraavat.

1. Miten päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja terveysasemalle ja jatkohoitoon pääsee?
2. Miten asiakas on saanut hoitoa mielenterveys- tai päihdeongelmaan?
3. Millaiset valmiudet mielenterveys- ja päihdetyöntekijöillä sekä terveysasemalla on auttaa mielenterveys- ja päihdeasiakasta?
4. Miten päihdetyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä?
5. Miten mielenterveystyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä?
6. Millaista apua asiakas on saanut työntekijältä?
7. Miten asiakkaan osallisuus toteutuu hoidossa?
8. Miten asiakasta on kohdeltu mielenterveys- ja päihdehoidossa?
9. Millaisia konkreettisia asioita asiakkaat hoidoltaan toivovat?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on kvantitatiivinen tutkimustapa. Aineistoa kerätään tutkimuslomaketta käyttäen. (Heikkilä 2002: 18.) Käytin kyseistä tutkimustapaa opinnäytetyössäni, sillä aihealue on arka ja kyselytutkimukseen ja valmiiseen lomakkeeseen asiakkaalla on melko helppoa ja nopeaa vastata.

Henkilötietolain mukaan arkaluontoisiin asioihin kuuluu muun muassa tiedot, jotka kuvaavat henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta tai häneen kohdistuvia hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia (Kuula 2006: 91). Tutkimuksessa tutkittavat ovat mielenterveys- ja päihdeasiakkaita, ja heiltä halutaan mielipiteitä ja kokemuksia mielenterveys- ja päihdepalveluista. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin liittyy yleensä joko mielenterveys- tai päihdeongelma, joten tutkimus on myös hoidollisia asioita koskeva tutkimus. Tällaisessa tilanteessa on erikseen sovittava suoraan tutkittavien kanssa tietojen käsittelystä, sillä näin on määrätty henkilötietolaissa arkaluontoisista asioista (Kuula 2006: 92). On myös sovittava nimenomaisesti eli kirjallisesti tutkittavien kanssa, miten aineistoa on tarkoitus käyttää, suojata ja säilyttää. Myös aineiston jatkokäytön ehdot on sovittava. (Kuula 2006: 92.)

Vaitiolovelvollisuudella tarkoitetaan ihmisiltä kerätyillä aineistoilla muun muassa kyselyissä ja haastatteluissa sitä, että tutkija ei saa kertoa tutkittavista ulkopuolisille. Kuitenkin tutkimushenkilökunnan kesken aineistoista ja niiden sisällöistä tutkimustarkoituksessa tehdyt keskustelut ovat sallittuja. (Kuula 2006: 92.)

Haasteellista on se, että hyvän tutkimuslomakkeen laatiminen vie aikaa. Myös tulosten tulkinta voi osoittautua hankalaksi. Tutkittavalla henkilöllä voi ilmetä väärinymmärryksiä. Väärinymmärryksiä voi syntyä kysymysten tekemisessä, ja on mietittävä, onko henkilö ymmärtänyt kysymyksen oikein. Tutkittava henkilö ei välttämättä myöskään ole perillä tutkittavasta asiasta. Lisäksi on otettava huomioon se, miten tosissaan tutkittava asian ottaa ja onko hän vastatessaan rehellinen. (Hirsjärvi 1996: 190.) Tässä nousee esiin motivointi. Kyselytutkimuksen on oltava mielenkiintoinen ja vastaamaan

houkutteleva. Tutkittava saattaa puntaroida mielessään miksi vastaisi ja miksi taas jättäisi vastaamatta. On luotava tutkittavalle tunne että vastaamalla hän voi vaikuttaa johonkin asiaan, ehkä jopa asiaan joka liittyy häneen itseensä. Koska tutkin opinnäytetyössä mm. asiakkaan osallisuuden vahvistamista, voisi vastaaja ajatella mielenterveys- ja päihdepalvelujen paranevan.

5.2 Kyselylomake

Tutkimuslomakkeen laadinta on opinnäytetyössä vaativa ja aikaa vievä prosessi. On hahmotettava kohderyhmä, jotta tietää, millainen lomake sopisi juuri heille. Käytän kysymyslomakkeessa sekä suljettuja että muutamia avoimia kysymyksiä. Tätä sanotaan sekamuotoiseksi kyselyksi. (Vilkkä 2005: 87.)

Kyselylomakkeen laatiminen on tärkeää. Tutkijalla on oltava selkeä kuva tutkittavasta aiheesta, työn etenemisestä, työn eri vaiheista ja ajankäytöstä. (Viinanmäki & Saari 2007, 48.) Selvillä on oltava myös tutkimuksen tavoite ja tieto siitä mihin vastaus tutkimuksessa halutaan (Heikkilä 2002: 48). Tutkimuslomakkeen laatimiseen liittyy seuraavia asioita: tutkittavien asioiden nimeäminen, lomakkeen rakenteen suunnittelu, kysymysten muotoilu, lomakkeen testaus sekä rakenteen ja kysymysten korjaaminen valmiiksi lomakkeeksi (Heikkilä 2002: 48).

Kyselylomakkeessa operationalisoitavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkittava asia voi olla mikä tahansa asia tai ilmiö, joka on kuitenkin oltava muutettavissa mitattavaan muotoon. Kyselylomakkeella on mitattava sitä, mitä teoreettisilla käsitteillä sanotaan mitattavan. (Vilkkä 2005: 81.) Operationalisoinnissa on huomioitava kohderyhmä, tutkittu asia ja taustamuuttujat ja näin teoria puretaan kyselylomakkeeksi (Vilkkä 2005: 83). Taustamuuttujia eli selittäviä tekijöitä ovat esimerkiksi ikä ja sukupuoli (Vilkkä 2005: 85).

Peruskäsitteet on määriteltävä eli tutkimuskyselyssä käytetyistä termeistä kerrotaan tarkasti mitä niillä on tarkoitettu. Sitten teoreettiset käsitteet muutetaan tutkittaviksi eli empiiriseksi materiaaliksi. Lopputuloksena on indikaattoreita, joista laaditaan kysymyksiä (Viinanmäki 2007: 51.)

Hyvässä kysymyslomakkeessa on monia kriteereitä. Näitä ovat mm. siisteys ja selkeys, kysymysten asettelu selkeästi ja helposti seurattaviksi, vastausohjeet ovat lyhyet ja selkeät, kysymykset ovat loogisessa järjestyksessä, kysymykset on numeroitu, helpot kysymykset ovat alussa ja vaikeammat lopussa, vain tarpeellisia kysymyksiä, vastaaja kokee vastaavansa johonkin tärkeään, lomake on esitettävä ja lomake on helppo tilastoida (Heikkilä 2002: 48, 49.) Hirsjärven ym. (1996, 197, 198) mukaan muita hyvän lomakkeen tunnusmerkkejä ovat kaksoismerkitysten välttäminen eli vain yksi kysymys kerrallaan, kysymykset ovat lyhyitä, vastausvaihtoehtona on myös mielipiteetön vaihtoehto ja lisäksi on mietittävä mitä sanoja käyttää, jotta kysymys tulisi mahdollisimman oikealla tavalla ymmärretyksi.

Tutkimuslomakkeen on oltava ulkomuodoltaan siisti ja selkeä, sillä vastaaja päättää usein ulkonäön perusteella, vastaako hän kyselyyn (Heikkilä 2002: 48). Hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä ovat houkuttelevuus, hyvin asetellut kysymykset ja teksti, selkeät vastausvaihtoehdot, looginen eteneminen, samaa aihepiiriä koskevat kysymykset on luokiteltu kokonaisuuksiksi, helpot kysymykset ovat alussa, lomake saa vastaajan tuntemaan vastaamisen tärkeäksi, kriteereitä on paljon (Heikkilä 2002: 48,49).

Avoimilla kysymyksillä on myös eräitä tyypillisiä asioita. Avoimia kysymyksiä on helppo tehdä, mutta vaikeaa käsitellä, jäävät usein tutkittavalta vastaamatta, sanallisten vastausten luokittelu voi olla hankalaa, vastauksille on oltava tarpeeksi tilaa ja niistä voi saada sellaisia vastausvaihtoehtoja, joita ei ole tullut aikaisemmin mieleen (Heikkilä 2002: 49.) Tässä siis asiakkaan oma persoona pääsee esille enemmän kuin suljetuissa kysymyksissä. Joskus avointen kysymysten vastaukset voivat tuoda uudenlaisia näkökantoja, ja tällöin on mahdollista kehittyä uusia parannusehdotuksia asioihin (Heikkilä 2002: 50.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset ovat likertin-asteikkomaisia. Likertin-asteikkoa käytetään erityisesti asennetta ja motivaatiota tutkivissa mittareissa. Normaalisti vastaukset ovat ääripäitä. (täysin eri mieltä tai täysin samaa mieltä) (Metsämuuronen 2006: 60.)

Tässä kyselylomakkeessa käytettiin myös suljettuja kysymyksiä. Tämän kysymystyyppin toinen nimitys on strukturoitu kysymys tai monivalintakysymys. Suljetuilla kysymyksillä on huomioitu myös ne, joiden kielellinen ilmaisu ei ole voimakasta tai asioiden muotoilu on vaikeaa. Suljetulla kysymyksillä on myös tiettyjä piirteitä. Niissä vaihtoehtojen määrä ei saisi olla kovin suuri, kaikille vastaajille pitäisi löytyä sopiva vaihtoehto, vastausvaihtoehtojen pitäisi sulkea toisensa pois, vaihtoehtojen tulisi olla järkeviä ja tietojen syöttövaiheessa valittavien vaihtoehtojen määrä täytyy ilmoittaa, sillä se vaikuttaa muuttujien lukumäärään (Heikkilä 2002: 51.)

Avoimissa kysymyksissä asiakas saa enemmän tilaa vastata omalla tavallaan. Näin asiakkaan omalle persoonallisuudelle jätetään paremmin tilaa, ja asiakas voi kokea vastaamisen mielekkäämmäksi ja juuri häntä koskevaksi tai hänelle suunnatuksi. Ne tuovat lisäksi hiukan lisää luotettavuutta ja antavat vastaajalle selkeämmän äänen.

Erilaisia kysymystyyppejä kyselylomakkeeseen ovat juuri suljetut kysymykset, avoimet kysymykset, sekamuotoiset kysymykset ja asteikkotyyppiset kysymykset. Monivalintakysymykset eli suljetut kysymykset ovat seuraavanlaisia: kysymyksiin on valmiit vaihtoehdot, kysymysmuoto on standartoitu eli vakioitu ja sillä tavoitellaan vertailukelpoisuutta. (Vilka 2005: 87.) Vastaajalle ei aina löydy mielekästä vaihtoehtoa. Tämän takia vastausvaihtoehtona kannattaa olla myös jonkinasteinen mielipiteetön vaihtoehto. Vastaaja saattaa joskus myös antaa vastauksen nopeasti ja harkitsemattomasti. Suljettuja kysymyksissä tulosten käsittely on nopeaa. (Heikkilä 2005: 51.)

Tutkimusaineiston käsittelyyn on olemassa erilaisia tilasto-ohjelmia. (Vilka 2005: 95). Avoimissa kysymyksissä kysytään usein tutkittavalta suoraan mielipidettä johonkin asiaan. Ne ovat työläämpiä käsitellä ja kannattaa sijoittaa lomakkeen loppuun. Sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista on valmiiksi annettuja ja osa avoimia kysymyksiä (Heikkilä 2005: 51, 49, 52.)

Tutkimuslomakkeessa on kaksi osaa; kyselylomake (Liite 1) ja saatesanat asiakkaalle (liite 1). Saatekirjeen voi korvata saatesanoilla. Tässä opinnäytetyön kyselytutkimuksessa käytin saatesanoja, sillä niiden lukeminen vie asiakkaalta vähemmän aikaa. Työntekijöille annettiin kuitenkin myös informointilomake (liite 3), ja mikäli asiakas haluaa, hän voi pyytää myös sen luettavakseen. Tarkoituksena on kuitenkin motivoida asiakas vastaamaan kyselyyn.

Saatteen on oltava puhutteleva. Saatteessa kerrotaan seuraavia asioita: tutkimuksen taustaa, toteuttaja, tutkimustietojen käyttäminen ja luottamuksellisuus, tutkittavien valikointitapa, vastaamispäivämäärä –tai ajankohta, palautusohjeet ja kiitokset tutkimuksen tekijältä sekä mahdollisesti yhteystiedot. Vastaamisaikaa ei kuitenkaan tässä kyselylomakkeessa kerrottu, koska kyselylomakkeeseen piti vastata heti (Heikkilä 2006: 62 - 63.)

Opinnäytetyön kyselylomake esiteltiin kahdella mielenterveys- ja päihdeasiakkaalla. Testauksessa ei ollut testattaville epäselviä asioita, tai näin he ainakin kokivat vastaamisen jälkeen. Lisäksi ilmi tuli, että tällaisia asiakkaille kohdennettuja kyselyitä tulisi olla useamminkin. Molemmat olivat myös sitä mieltä, että uskovat, että asiakkaat jaksavat kyselyyn vastata. Molemmilla meni vastaamiseen noin 10 minuuttia.

Kyselylomakkeessa oli asiakkaille sekä mielenterveyspalveluita että päihdepalveluita koskevia kysymyksiä. Lisänä näihin kartoitettiin myös asiakkaiden mielipiteitä kunnallisen puolen peruspalveluista. Koska kohderyhmänä ovat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, oli haettava lupia tutkimukseen.

Tutkimuksen kyselyosion oli oltava asiakkaille mielekäs eli lyhyt ja mielenkiintoa herättävä. Lisäksi on tärkeää saada heiltä mielipide asioihin, jotka ovat nousseet esille taustamateriaalia tutkiessani. Kohderyhmänä olivat nuoret ja aikuiset päihteiden käyttäjät sekä nuoret ja aikuiset mielenterveysasiakkaat.

Aluksi suunnitelmaan kuului, että mukaan otettaisiin myös terveyskeskuksen mielenterveys- ja päihdeasiakkaat yhtenä osana lisäämään luotettavuutta. Harkinnan jälkeen näin kuitenkin paremmaksi, jos tämä osa-alue voisi tulla hyvin esille myös kysymällä näiden muiden paikkojen kyselytutkimukseen osallistuneiden mielipiteitä kunnallisista peruspalveluista eli (terveyskeskuksen toiminnasta). Näin se ei jäisi hajoavaksi osaksi tutkimusta, vaan kysely pysyisi ikään kuin kokonaisuutena.

Validiteetti tarkoittaa luotettavuutta tutkimuksessa, eli onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko kyseinen tutkimus yleistettävissä ja mikäli on, niin mihin ryhmiin se on yleistettävissä. Sisäinen validiteetti kuvaa tutkimuksen omaa luotettavuutta (Metsämuuronen 2006: 48.)

Mittari on se väline, jolla empiirinen aineisto hankitaan. Jos mittari on huono, saa tulokseksi huonoa tietoa. Mikäli mittari on hyvä, saa tulokseksi luotettavaa tietoa. Mittarin käyttämisen perusajatuksen on pyrkimys havainnoida jotakin ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti (Metsämuuronen 2006: 49.)

5.3 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelujen asiakkaat. Kyselytutkimus tehtiin Kotkan mielenterveyskeskuksen asiakkaille, Haminan psykiatrisen poliklinikan asiakkaille, A-klinikkasäätiön Itä-Suomen palvelualueen yksiköistä Haminan A-klinikalle ja Karhulan A-klinikalle sekä Virolahden ja Miehikkälän mielenterveystoimistoon. Näin tutkimus oli hyvin laaja ja näin myös tutkimuksen luotettavuus lisääntyi huomattavasti.

Opinnäytetyön tutkimuskohde keskittyi vain avopuolen asiakkaisiin. Karhulan A-klinikalla, jonne tutkimus tehtiin, avokäyntejä oli vuonna 2009 yhteensä 13702. Haminan A-klinikalla käyntejä samana vuonna oli 6038 kappaletta. (Kymen A-klinikkatoimi, toimintakertomus ja tilastot 2009) Haminan A-klinikka on avohoitopaikka, joka on tarkoitettu päihdeongelmaisille ja riippuvuusongelmaisille sekä heidän läheisilleen (Kymen A-klinikkasäätiön internet-sivut.)

Tutkimus toteutettiin otantatutkimuksena, muun muassa eettisten asioiden vuoksi. Kohderyhmänä olivat mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät, joilta haluttiin tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluista. Tarkoitus ei ollut tuoda julki yksittäisten ihmisten kokemuksia ja mielipiteitä, ja yksittäistä vastaajaa ei siis pysty tekstistä tunnistamaan (Heikkilä 2002: 31).

Tutkimuksella mitattiin mielipiteitä ja asenteita. Vastaajilla oli kuitenkin mahdollisuus tuoda myös omaa persoonallisuutta ja mielipidettä esille avoimissa kysymyksissä, mutta niistäkään tutkimuksessa ei ole tarkoitus käyttää suoria lainauksia. Vastausten tulkinnassa on oltava tarkkana silloin, kun tutkija tulkitsee vastaajan kertomia mielipiteitä. Ne tulisi muokata siten, että ne eivät ole suoria lainauksia, mutta kuitenkin siten, että asia on oikealla tavalla esitetty, eli siten miten vastaaja sen oli tarkoittanutkin. Tämä on osa tutkimuksen luotettavuuttakin, ja siksi asia on tärkeä huomioida.

Kyselytutkimuslomakkeiden määrä oli yhdessä palveluyksikössä 50 kappaletta. Koska

paikkoja oli yhteensä viisi (Kaakon kaksikko laskettuna yhdeksi paikaksi), oli suunniteltu otos yhteensä 250. Kokonaisotanta on tässä tutkimuksessa riittävä.

Harkinnassa oli myös se, minkä verran kyselylomakkeita on annettava työntekijää kohden. Tämä jäi kuitenkin yksiköiden mietittäväksi, mutta joka tapauksessa jako meni niin, että jokaisella työntekijällä on kyselylomakkeita. Näin jokaisella mielenterveys- ja päihdeasiakkaalla oli työntekijästä riippumatta mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tässä otettiin huomioon tutkimuksen luotettavuus ja satunnaisuus. ”Otokseen tulevien yksiköiden tulee määräytyä sattumanvaraisesti” (Heikkilä 2002: 35).

Tietenkin tutkimustulosten keräämisessä oli huomioitava myös hävikki, eli se määrä, jotka eivät kyselytutkimukseen halua vastata. Työntekijät antoivat tietystä päätetystä päivämäärästä lähtien jokaiselle vastaanotolle tulevalle asiakkaalleen kyselylomakkeen, ja viimeinen annettiin silloin kun kaikilta 50 asiakkaalta/yksikkö on kysytty halukkuutta osallistua. Ajatuksena on, että kyselylomakkeiden takaisin keräämiseen meni korkeintaan noin kaksi viikkoa. Loppujen lopuksi tässä meni kuitenkin pidempi aika, eri yksiköissä kului eri aika vastausten keräämiseen.

Otantatapoja miettiessäni puntaroin monesti eri vaihtoehtojen välillä ja mietin, mikä olisi parhain ja luotettavin sekä juuri tätä opinnäytetyötä parhaiten palveleva otantamenetelmä. Valintatapaan vaikutti tietysti myös työntekijöiden kuormittavuus, eli miten tutkimus olisi heidän kannaltaan helpoiten toteutettavissa. Otos tarkoittaa edustavaa pienoiskuvaa perusjoukosta (Heikkilä 2002: 33).

Mielenterveys- ja päihdeyksiköitä, joihin tutkimus annettiin, oli yhteensä viisi. Hoitajan oli tarkoitus antaa jokaiselle vastaanotolla käyvälle asiakkaalle kyselytutkimus täytettäväksi. Näin joukkoon ei valikoidu vain tiettyjä, joille työntekijä itse olisi päättänyt tutkimuskyselyn antaa. Tutkimuksen luotettavuus toteutui näin paremmin. Myös Heikkilän Tilastollinen tutkimus kertoo, että otannasta olennaista on satunnaistaminen. Otokseen tulevien henkilöiden on oltava määräytynyt tutkimukseen sattumanvaraisesti (Heikkilä 2002: 34.)

Mikäli olisin tehnyt opinnäytetyön kokonaistutkimuksena, pitäisi tutkia jokainen perusjoukon eli populaation jäsen (Heikkilä 2002: 33). Perusjoukon koko vaikuttaa yleensä siihen onko tutkimus otantatutkimus vai kokonaistutkimus (Heikkilä 2002:

44). Otantamenetelmiä on monia, ja niillä on yksi yhteinen piirre, joka on satunnaisuus (Valli 2001: 13.)

Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa päädyin käyttämään otantamenetelmänä ositettua otantaa. Osituksella voi saavuttaa sen, että mukaan tutkimukseen saadaan esimerkiksi harvinaislaatuista tapauksia, joiden poisjääminen olisi paljon todennäköisempää esimerkiksi ositetussa otannassa (Metsämuuronen 2006: 47.)

Opinnäytetyön tutkimuksessa perusjoukko eli Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdehuollon avoasiakkaat on jaettu ikään kuin mielenterveys- ja päihdeyksiköihin eli ositteisiin. Ositteet eli tässä kohdassa mielenterveys- ja päihdeyksiköt ovat melko homogeenisia. Ositteisiin jakamisen jälkeen jokaisesta ositteesta poimitaan otos josta-kin toista otantamenetelmää käyttäen (Holopainen & Pulkkinen 2002: 33 - 36.)

Tässä tutkimuksessa otantamenetelmä, jota käytetään ositetun otannan jälkeen, on nimeltään tasainen kiintiömenetelmä. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikista otoksista eli tässä kohtaa jokaisesta viidestä mielenterveys- tai päihdeyksiköstä otetaan tutkimukseen mukaan tietty määrä vastaajia, ja tässä kohtaa se on 50 vastaajaa yhtä yksikköä kohden (Holopainen & Pulkkinen 2002: 34.) Tässä tutkimuksessa ei eritelty vastausten keräämisvaiheessa paikkoja, vaan vastaukset kerätään yhteen nippuun.

5.4 Tutkimuseettiset asiat

Koko opinnäytetyön tekemisen ajan mukana kulki ajatus hyvän etiikan noudattamisesta. Etiikan huomioon ottaminen on sekä tutkijan itsensä että myös tutkittavien turva. Etenkin, kun tutkimuksen kohteena ovat ihmiset, tulee tutkimuksen etiikka ottaa huomioon entistäkin huolellisemmin. Koko tutkimusprosessin ajan sitouduin tutkijana noudattamaan vaitiolovelvollisuutta. Tutkimuksessa ja tässä opinnäytetyössä, aivan kuin muissakin tutkimuksissa, joissa tutkimuskohteena ovat ihmiset, asiakkaan oikeuksiin liittyy yksityisyyden turva.

Vaikka oikeana kohteena olisivatkin esimerkiksi asenteet viranomaisten toimintaan tai johonkin muuhun, voi tutkimuksen kohteena usein olla juuri asiakkaan kokemukset tutkittavasta asiasta. Silloin aiheena ovat yleensä myös arkaluontoiset asiat. Oikeus yksityisyyteen kytkeytyy ajatukseen kansalaisen perusoikeuden kunnioittamisesta

(Kuula 2006: 75, 77.)

Tietosuojan tarkoituksena on turvata tietojen kohteena olevan ihmisen etua, oikeuksia ja yksityisyyttä lainsäädännöllisesti (Kuula 2006: 77). Tietosuojalla tarkoitetaan siis oikeudellisesti säädeltyä yksityisyydensuojaa eli yksityisyyden turvaamista lainsäädännöllisin ohjauskeinoin (Kuula 2006: 84). Tietoturva terminä tarkoittaa toista asiaa. Se tarkoittaa teknisiä ja organisatorisia toimenpiteitä henkilötietolain suojaamiseksi asiattomilta pääsystä tietoihin sekä esimerkiksi vahingossa tapahtuvalta tietojen hävittämiseltä, siirtämiseltä tai luovuttamiselta (Kuula 2006: 84.)

Tässä opinnäytetyössä otetaan huomioon se, että mitkään tiedot eivät pääse asianomattomien käsiin. Henkilötietolaissa on määritelty sana suostumus, mikä tarkoittaa kaikenlaista vapaaehtoista, yksilöityä ja tietoista tahdon ilmaisua, jolla rekisteröity hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn. Tutkimuksissa informoitu suostumus on edellytys kaikelle henkilötietojen käsittelylle. Ratkaisut tutkimusaineistojen säilyttämisestä, salasanoilla suojaamisesta, kopioista ja tietoteknisten asioiden sekä luottamuksellisten tietojen suojaamisesta huolehtimisesta kuuluvat tietoturvaan (Kuula 2006: 84.)

Tieteellisen tutkimuksen takia henkilötietoja voi käsitellä tutkittavan yksiselitteisellä suostumuksella, mikäli käsittely on rekisterinpitäjän toiminnan ja hallinnon kannalta asianmukaista. (henkilötietolaki 8.1 §.) Toisin sanoen henkilötietojen on oltava tarpeellisia tutkimuksen suorittamisessa ja niiden keräämisen edellytyksenä on oltava tieteellinen tutkimussuunnitelma. Tutkittavan suostumus on oltava vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen tahdonilmaisu ja lisäksi arkaluontoisissa tiedon osioissa nimenomainen (Kuula 2006: 85.) Nimenomainen suostumus tarkoittaa kirjallisesti annettua tai muulla tavoin todisteellisesti annettua suostumusta. Siinä on ilmentävä, minkälaiseen henkilötietojen käsittelyyn lupa on annettu (Kuula 2006: 85.)

Oikeus yksityisyyden itsemääräämisoikeutena käy ilmi kahtena tutkimuksen lähtökohtana, jotka ovat se, että ihmisiä ei saa tutkia salaa ja heiltä on saatava vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksessa vapaaehtoisuus on ehdotonta (Kuula 2006: 87.) Opinnäytetyössäni on myös asiakkaalle mainittu tutkimuksen vapaaehtoisuus.

Luottamuksellisuudella tutkimuksissa tarkoitetaan sopimuksia ja lupauksia, joita tehdään aineistonkäytöstä tutkittavien kanssa. Jos tutkija esimerkiksi lupaa, että kukaan muu ei tule näkemään aineistoa ja sitä käytetään vain tekeillä olevaan väitöskirjaan, sopimus on silloin lain mukainen. Myös tapauksessa, jossa tutkija on luvannut, että vain itse tutkija käsittelee aineistoa, ei tutkija voi antaa tunnistetietoja edes samassa tutkimuksessa oleville muille kollegoilleen (Kuula 2006: 88, 89.)

Tässä opinnäytetyössä tutkittavia informoitiin tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkittavia informoitiin saatesanoilla hoitajan vastaanotolla juuri tutkimuksen toteutuksen yhteydessä. Tutkimuksesta oli kerrottu saatesanoissa seuraavia asioita: kuka tutkimuksen toteuttaa ja mistä paikasta, miksi tutkimus tehdään, mihin vastauksia käytetään, vastausten hävittämisestä ja siitä, että kaikilla tutkittavilla on suoja yksityisyydessänsä eikä kenenkään henkilöllisyys tule tutkimuksen missään vaiheessa paljastumaan. Saatteessa oli kerrottu myös, että vastaamatta jättäminen tai vastaaminen ei vaikuta asiakkaan hoitoon missään vaiheessa.

5.5 Aineiston keruu

Ennen tutkimusta päätettiin tietyistä tutkimukseen liittyvistä asioista ja tässä on kerrottu niistä sekä siitä, miten tutkimus on käytännössä toteutettu.

Tässä tutkimuksessa asiakkaan oli tarkoitus vastata kyselyyn heti. Tarkoituksena oli, että työntekijä antaa asiakkaalleen saatteen, joka on kyselylomakkeen alussa ja täytettäväksi perässä olevan kyselylomakkeen (Liite 1). Tein myös suostumuslomakkeen pohjan valmiiksi, mikäli sitä vaaditaan tutkimuksen toteutukseen. Siinä tutkittava antaa allekirjoituksella suostumuksen tutkimukseen. Näitä suostumuksia en kuitenkaan itse kerää missään vaiheessa, vaan nämä jäävät yksikköihin, joissa tutkimukset toteutetaan jonkun valitun työntekijän haltuun. Lisäksi nämä hävitetään asianmukaisesti.

Työntekijälle oli aikaisemmin annettu jo työntekijän informointilomake (liite 3 ja 3.1), jossa kerrotaan tärkeimpiä asioita tutkimuksesta. Päädyin valitsemaan pelkät saatesanat asiakkaalle, jotta heidän motivaatio ei alenisi tai laskisi kokonaan, mikäli joutuu lukemaan pitkänkin otteen asiasta.

Työntekijä ei kuitenkaan saanut mitenkään vaikuttaa asiakkaan vastauksiin, ja hän

kertoi vain pääasialliset tiedot asiakkaalleen. Mikäli asiakkaalla kuitenkin on hankaluuksia vastata kysymyksiin, oli henkilökunnalla lupa antaa ohjeistuksia kuitenkin vastauksiin vaikuttamatta. Asiakasryhmä oli otettava tässä huomioon, ja sen vuoksi pieni apu vastausten vastaamisessa sallitaan. Vastaajalle tuli antaa mahdollisimman rauhallinen ja turvallinen ympäristö vastata kyselyyn, siksikin, että aihealue voi tuntua vastaajalle aralta. Tämän toteutuminen on melko hankalaa, sillä kyselyyn on tarkoitus vastata heti tai viimeistään ennen kuin asiakas poistuu yksiköstä.

Tutkimuksen toteutuksen suunnitelma oli seuraavanlainen. Lupien (Liitteet 6, 7, 8 ja 9) saamisen jälkeen vein kyselytutkimukset niihin paikkoihin, joissa tutkimus toteutettiin, eli A-klinikkasäätiön Itä-Suomen palvelualueen yksiköistä Haminan A-klinikalle ja Karhulan A-klinikalle, Kotkan mielenterveystoimistoon, Haminan psykiatriseen poliklinikkaan, Miehikkälän ja Virolahden mielenterveystoimistoon.

Tämän jälkeen sovittiin päivä, jolloin tutkimuksen toteutus alkaa. Jokaisessa paikassa tutkimus alkoi eri päivinä, sillä alkamispäivä riippui aina kyseisestä yksiköstä ja siitä, milloin tutkimus oli heidän kohdalla järkevintä ja heille sopivin ajankohta aloittaa, riippuen muun muassa työntekijöistä ja muista yksikköön liittyvistä asioista.

Kyselylomakkeita (Liite 1) oli jokaisessa yksikössä 50. Päättiin kuitenkin, että Virolahdella kyselylomakkeita on 30 ja Miehikkälässä 20, sillä nämä paikat kantavat yhteistä nimeä Kaakon kaksikko ja ovat siis jo periaatteessa yksi yhteinen yksikkö.

Toteutuksessa kaikkia 50:tä seuraavaa asiakasta pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Kysely oli täysin vapaaehtoinen.

Työntekijä antoi kyselylomakkeen (Liite 1), jossa on asiakkaan informointiosio (Liite 3 ja 3.1). Tutkimuksesta oli kerrottu saatesanoissa seuraavat asiat: kuka tutkimuksen toteuttaa ja mistä paikasta (toimipaikka), miksi tutkimus tehdään, mihin vastauksia käytetään ja se, että vastaukset hävitetään ja kaikilla tutkittavilla säilyy suoja yksityisyydestä eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu tutkimuksen yhteydessä. Saatteessa oli kerrottu myös, että vastaamatta jättäminen tai vastaaminen ei vaikuta asiakkaan hoitoon missään vaiheessa.

Lisäksi tutkittavalle annettiin suostumuslomake (Liite 2) tutkimukseen osallistumises-

ta. Suostumuslomaketta ei otettu käyttöön A-klinikan toimipisteissä Haminassa eikä Karhulassa. Sitä ei myöskään otettu käyttöön Haminan psykiatrian poliklinikalla. Muissa yksiköissä suostumuslomake on käytössä. Suostumuslomakkeet jäivät yksiköihin, jossa valittu henkilö hävittää kaikki tutkimuksen toteutuksen jälkeen. Opinäytetyön tekijä ei missään vaiheessa nähnyt suostumuslomakkeita.

Työntekijöille oli annettu oma informointilomake (Liite 3 ja 3.1) tutkimuksesta. Kun tutkittava vastaa kyselylomakkeeseen (Liite 1), laittaa hän sen suljettuun kyselylomakkeille tarkoitettuun kirjekuoreen.

A-klinikkasäätiön kohdalla tuli kehitysehdotus, että A-klinikalla käy vastaanotolla myös esimerkiksi peliriippuvaisia ja päihteiden käyttäjien läheisiä, joten heille ei kyselylomaketta anneta. Tämä muutos tehtiin työntekijöiden informointilomakkeeseen (Liite 3.1) A-klinikkasäätiön Karhulan ja Haminan yksiköihin. A-klinikalla myös sovittiin, että kyselylomakkeen antaa vastaanoton työntekijä, koska asiakkailta ei haluta viedä vastaanottoaikaa, ja tämän vuoksi asiakas halutessaan täyttää lomakkeen ja palauttaa sekä täyttää vastaanoton jälkeen ja palauttaa toimiston työntekijälle kirjekuoreen. Myös toimistolta annettiin kyselylomakkeita asiakkaille täytettäväksi.

Virolahden ja Miehikkälän mielenterveystoimistoissa toivottiin asiakkaille vielä omia kirjekuoria, joihin asiakas saisi itse kyselylomakkeen taittaa. Täten Virolahdella ja Miehikkälässä asiakkaille varattiin kyselylomakkeille omat kirjekuoret. Lopuksi nämä kaikki asiakkaiden kirjekuoret kerättiin isoon kirjekuoreen: Virolahden pisteessä omaan ja Miehikkälän pisteessä omaan. Virolahdella ja Miehikkälässä työntekijät jakoivat asiakkailleen kyselylomakkeet.

Kotkan mielenterveyskeskuksessa työntekijät antoivat asiakkailleen kyselylomakkeet ja asiakkaat täyttivät ne vastaanoton yhteydessä ja palauttivat työntekijällä olevaan kirjekuoreen.

Haminan psykiatrian poliklinikalla työntekijät sekä toimistontyöntekijät jakoivat lomakkeita asiakkailleen ja palauttivat toimiston työntekijöille kirjekuoreen. Asiakas täytti lomakkeen, niin kuin kaikissa yksiköissä paikan päällä. Tarkoitus ei ollut antaa asiakkaalle missään yksikössä mukaan lomaketta.

Tutkimuksen toteuttamisen jälkeen kaikki suostumuslomakkeet (Liite 2) hävitettiin. Kun kaikki kyselylomakkeet oli käytetty, kerättiin kaikki täytetyt kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa jokaisesta yksiköstä, ja vain opinnäytetyön tekijä näki vastaukset, ilman henkilötietoja. Näin turvattiin jokaisen anonymisyys ja yksityisyys.

5.6 Aineiston käsittely ja analyysi

Vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston keräämisen jälkeen tapahtui siis vastausten käsittely (Heikkilä 1998: 139). Ohjelmaan syötetyt tiedot on käsiteltävä niin, että tutkimusongelma saadaan ratkaistua eli esillä ovat tässä kohtaa taas kyselytutkimuksen ongelmakohdat. Tässä kohtaa tulee esille termi viitekehys, joka siis yhdistää teoreettisen ja empiirisen osan kokonaiseksi osuudeksi (Heikkilä 1998: 139.)

Tutkimuksessa etsittiin vastauksia siihen, miten mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjän osallisuus toteutuu ja mitä mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjät palvelultaan/osallisuudeltaan toivovat. Tutkimuksessa vastausten tulisi mitata sitä, mitä tutkimuksessa on ollut tarkoitus ”mitata”.

Tutkimuslomakkeen tiedot syötettiin havaintomatriisiin tilasto-ohjelman datalomakkeelle tai taulukkolaskentaohjelman taulukkoon. ”Havaintomatriisi on taulukko, jossa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia.” Kun lomake on suunniteltu huolellisesti, on tiedot usein helppo syöttää ja muuttujat on myös oltava suunniteltu (Heikkilä 2002: 123.)

Vastausten keräämisvaiheessa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyt tiedot esitellään taulukoina, graafisina kuvioina ja tilastollisina tunnuslukuina. Tässä tutkimuksessa oli järkevää esitellä tulokset taulukoina, sillä tuloksia oli paljon ja taulukossa ne saatiin tiiviiseen muotoon. Kerätystä tilastotieteestä muodostetaan havaintomatriisi kun tilastoaineistoa käsitellään. Havaintomatriisi muodostuu tilastoyksiköihin liittyvien muuttujien arvoista, jolloin kukin vaakarivi sisältää yhteen tilastoyksikköön liittyvät muuttujien arvot ja siten, että jokaisessa pystyrivissä on yhden muuttujan kaikki arvot. Pystyrivi on nimeltään myös jakaumavektori (Holopainen & Pulkkinen 2002: 46, 47.)

Muuttujien taulukointi antaa yleiskuvan jakaumasta tai muuttujien välisestä riippu-

vuudesta. Ristiintaulukoimalla tutkitaan muuttujien välistä riippuvuutta ja tällöin saadaan kaksiulotteinen frekvenssijakauma (Holopainen & Pulkkinen 2002: 47, 52.)

Tutkimusten tulosten esittämisessä on kiinnitettävä huomioon ulkoasuun ja siihen, että tulokset on esitetty selkeästi (Heikkilä 2002: 153). Koska kyselylomakkeessa oli kahdenlaisia kysymyksiä; avoimia ja vaihtoehtovalintaisia, oli mietittävä esitystapaa. Suljettujen kysymysten ja vastausten käsittelyssä käytin SPSS ohjelmaa.

Syrjäläisen (1994, 90) mukaan sisällönanalyysi on kuvailtu seuraavasti: Tutkija herkistyy, mikä edellyttää oman aineiston tuntemista hyvin sekä keskeisten käsitteiden haltuunottoa teoreettisen kirjallisuuden avulla. Tämän jälkeen tapahtuu aineiston sisäistäminen ja teorisointi eli ajattelutyö. Sitten aineisto luokitellaan karkeasti ja saadaan keskeisimmät luokat eli teemat. Tämän jälkeen tutkimustehtäviä täsmennetään. Tämän jälkeen voidaan todeta ilmiöiden esiintymistiheys, poikkeukset ja tapahtuu uusi luokittelu. Ristiinvalidointi on seuraavana, mikä tarkoittaa saatujen luokkien puoltamista ja horjuttamista aineiston avulla ja lopuksi tehdään johtopäätökset ja tulkinta eli analyysin tulos siirretään laajempaan tarkastelukehikkoon (mukaillen, Metsämurtonen 2006: 244.)

Sisällön analyysia koskeva tieto on hajanaista. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysillä muun muassa järjestellään ja kuvaillaan jotakin ilmiötä. Sisällön analyysi pyrkii esittämään mallia tiivistetyssä muodossa, jolloin tietty ilmiö voidaan käsitteellistää. Analyysi tehdään aineistosta joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Sisällönanalyysi liitetään kommunikaatioteoriaan. Kommunikaatioteorian mukaan jokaisella viestillä on lähettäjä ja vastaanottaja. Sisällönanalyysia on kritisoitu epätieteellisenä analyysimenetelmänä joskus. Laadullisen sisällönanalyysin tukija Weber on sanonut, että millä analyysimenetelmällä tahansa voidaan saada yksinkertainen uskottava tulos, mikäli menetelmää käytetään oikein. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Sisällönanalyysi sopii hyvin strukturoimattoman tiedon analysointiin. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuva tutkittavasta ilmiöstä yleistettävässä muodossa. Lopputuloksena on kategorioita, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Analyysin tekemiseen ei ole olemassa tiettyjä sääntöjä tai ohjeita. Sisällönanalyysissä edetään joko induktiivisesti eli lähtien aineistosta tai deduktiivisesti eli jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä lähtien. Ennen analysointia on päätettävä analysoidaanko vain se, mitä dokumentissa on selkeästi ilmaistu vai analysoidaanko myös niin sanotut piiloviestit dokumenteissa. Piiloviestin analysointi kuitenkin sisältää usein myös tulkintaa. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Molempien tulkintamenetelmien ensimmäinen vaihe on kuitenkin analyysiyksikön määrittäminen. Valintaan vaikuttaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Useimmiten käytetty analyysiyksikkö on yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Ajatuskokonaisuus voi muodostua useammasta lauseesta, joten se voi muodostaa useampia merkityksiä ja näin ollen se voi hankaloittaa kategorioiden muodostamista. Luettavasta aineistosta tehdään kysymyksiä: kuka kertoo, mitä tässä tapahtuu, milloin tapahtuu ja miksi tapahtuu. Aineistoon tutustumisen jälkeen sisällönanalyysia ohjaa se, onko valittuna aineisto vai ennalta valitut kategoriat. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä eli aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä ja ryhmittelynä. Aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Näin muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Käytin tutkimuksessa avoimien kysymyksien kohdalla induktiivista sisällönanalyysia. Aineiston voi pelkistää kysymällä aineistosta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, ja sitten kirjataan ylös ne asiat, jotka löytyvät vastauksena tähän kysymyseen. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman samalla tavalla kuin teksti aineistossakin on. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely. Tässä on kyse pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsiminen ja löytäminen. Samaa tarkoittava ilmaisut kuuluvat samaan kategoriaan ja sitten kategorialle annetaan sitä kuvaava nimi. Se, kumpaa menetelmää käytetään, riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. Deduktiivista sisällönanalyysia käytetään usein silloin, kun halutaan testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Analyysia jatketaan tämän jälkeen yhdistelemällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Sitten taas yläkategorioille annetaan nimi, joka kuvaa hyvin kaikkia alakategorioita, joista yläkategoria on muodostettu. Kategorioiden nimeäminen voi olla vaikeaa. Usein käytetään jotain tuttua käsitettä tai sanaparia. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä käytetään valmista viitekehystä. Analyysia voi ohjata teema, malli tai käsitekartta, jota perustuu aikaisempaan tietoon. Aikaisemman tiedon valossa tehdään analyysirunko ja tähän etsitään sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta. Analyysirunko voi olla kuitenkin myös strukturoitu, jolloin aineistosta kerätään asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Tutkimuksen tuloksena raportoidaan analyysissa muodostunut malli, käsitekartta tai kategoriat. Lisäksi tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt eli se, mitä niillä tarkoitetaan. Tutkijan on varmistettava se, ettei tutkittavaa tunnisteta tuloksista, joten suoria lainauksia voidaan käyttää vain esimerkinomaisesti. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Luotettavuuden kannalta huonoa on se, ettei tutkija pysty objektiivisesti tarkastelemaan analysointiprosessia. Haasteellista sisällönanalyysissa on se, miten tutkija pystyy kuvaamaan mahdollisimman luotettavasti kategorioissa tutkittavaa ilmiötä. On tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. Muodostetuilla kategorioilla tulee olla yhteys aineistoon ja niiden pitää liittyä luotuun käsitejärjestelmään. Kategoriat yhdistävä aineistoa ja mahdollistavat abstrahoinnin sekä tutkittavan ilmiön käsitteellistämisen. (Vanhanen & Kyngäs 1999.)

Suljettujen kysymysten kohdalla mietin erilaisia diagrammeja tulosten esittämiseen. Jos kuviot ja piirrokset ovat hyviä, ne usein herättävät lukijan mielenkiinnon. Tällöin myös asiasta pystyy saamaan yleiskuvan yhdellä katsauksella. (Heikkilä. 1998: 150.) Kuvien avulla pystyisin myös välittämään ajatuksia ja johtopäätöksiä asioiden yhteyksistä (Heikkilä 1998: 150).

Kuvioiden laatimisessa on kiinnitettävä huomiota myös siinä, ettei katsoja saa väärää kuvaa asiasta eli kuvasta on mahdollista saada myös väärä kuva. Tämä on kuvion

laatijan vastuulla (Heikkilä. 1998: 150.) Muun muassa otsikoita käyttämällä ja muulla informaatiolla kuvaan liittyen on mahdollista ehkäistä väärinymmärryksiä. On tärkeää myös nimetä kaikki kuvioelementit eli viivat, pylväät ja sektorit (Heikkilä 1998: 150.)

Tilastokuvioita on erilaisia ja kaikilla on hyviä ja huonoja puolia. Opinnäytetyössä olisi mielekästä käyttää esimerkiksi piirakkaa eli ympyräkaavioita. Ne ovat selkeitä ja kysymystyypeissäni vastaukset voisi jaotella ympyräkaavioon melko selkeästi. Olen myös miettinyt muita erilaisia tilastokuvioita, joita olisi järkevää käyttää.

Prosenttien laskeminen on yksi toimenpide kaikessa taulukoinnissa. Prosentteja varten on olemassa termi numerus. Numerus eli ”n” tai ”N” on kaikkien koehenkilöiden yhteenlaskettu summa (Metsämuuronen 2006: 337.)

Lopuksi myös tutkimusten kuviot ja tilastoidut vastaukset kirjoitetaan auki, kuitenkin siten, ettei kenenkään tutkitun suoria lainauksia käytetä yksittäisinä tapauksina. Tämä turvaa jokaisen yksityisyyden.

Avoimien kysymysten vastausten määrä oli pienempi kuin suljettujen kysymysten vastusten määrä arvattavastikin. Osaan avoimista kysymyksistä vastattiin selkeästi enemmän kuin toisiin avoimiin kysymyksiin. Kuitenkin lähes kaikkiin suljettuihin kysymyksiin oli vastattu. Muutamilla vastaajilla oli ilmeisestikin epähuomiossa jäänyt viimeinen sivu vastaamatta. Lisäksi osa suljettujen kysymyksien kysymyksistä oli hyppäty yli. Ne on huomioitu ja jätetty aina vastaus silloin tyhjäksi. Avoimiin kysymyksiin sain kuitenkin tarpeeksi vastauksia.

Avoimien kysymysten vastaukset vaikuttivat ainakin alkuun melko yksimielisiltä. Käytin tutkimustapana vastauksia analysoidessa induktiivista sisällön analyysia. Vastaajia oli melko paljon, joten kirjoittaessani avoimia vastauksia, koko prosessin ajan pohdin aina mielessäni vastausten merkitystä, ja sitä, mitä vastaajat todella ovat halunneet sanoa. Tällä säästin aikaa sekä sain kuvaa vastaajien mielipiteistä. Koska tutkimuksen toteutuksessa oli sovittu, että suoria lainauksia ei käytetä, piti miettiä myös sitä, miten tuon esille vastaukset juuri siten, miten asiakas on sen tarkoittanut.

Avoimien kysymyksien prosessi eteni siten, että numeroin jokaisen vastatun lomakkeen ja kirjoitin aina vastauslomakkeen numeron vastatun kysymyksen kohdalle. Mi-

käli vastaaja ei ollut vastannut, laitoin viivan.

Tein sisällönanalyysin siten, että muodostin ensin pelkistettyjä ilmauksia asiakkaiden vastauksista. Pelkistin vastaukset eli vastanneiden ilmaisut. Pelkistämistä kutsutaan abstrahoinniksi. (Vanhanen & Kyngäs 1999.) Sen jälkeen yhdistelin samankaltaisista vastauksista alakategorioita. Alakategoriat muodostuivat samansisältöisistä sanoista, sisällöistä lauseesta. Sitten nimesin ryhmän sitä kuvaavalla termillä. Lopuksi tein johdopäätöksiä saaduista tuloksista ja vertasin tuloksia tutkimuskysymyksiin.

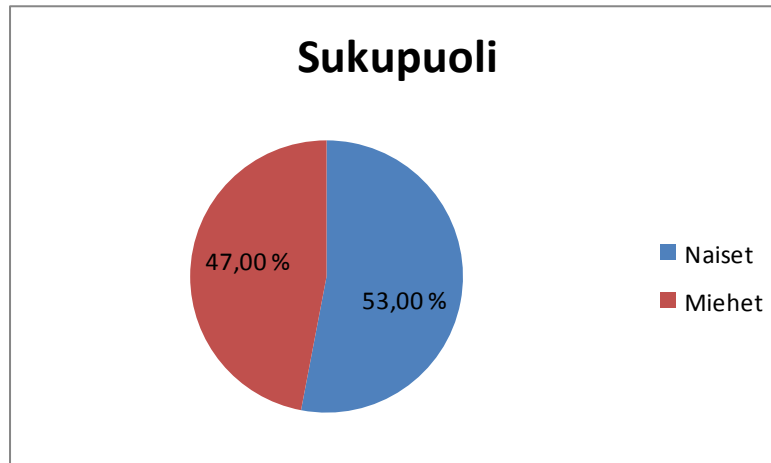
6 TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita annettiin 50 kappaletta jokaiseen yksikköön paitsi Virolahden ja Miehikkälän mielenterveystoimistoihin annettiin yhteensä 50 kappaletta. Vastauksia palautui eri määrä eri yksiköistä. Kotkan mielenterveyskeskuksesta palautui yhteensä 42 lomaketta (n=42). Nämä lomakkeet täytettiin 26.2. alkavalla viikolla ja ne oli täytetty jo viikossa. Haminan psykiatrian poliklinikalta vastattiin yhteensä 45 (n=45) lomakkeeseen ja ne täyttyivät 15.3. lähtien maaliskuun loppuun mennessä. Virolahden ja Miehikkälän mielenterveystoimistoista vastattiin yhteensä 47:ään (n=47) lomakkeeseen 50:tä lomakkeesta. Lomakkeet täyttyivät 5.3. alkavasta viikosta lähtien ja lomakkeet palautuivat maaliskuun loppuun mennessä. A-klinikasäätöön Itä-Suomen palvelualueen yksiköistä vastauksia kertyi Haminan yksiköstä 20 (n=20) ja Turvalan yksiköstä 17 (n=17). Nämä kerättiin ajalla 19.3. – 17.4. Kaikista yksiköistä vastauksia saatiin takaisin lomakkeita yhteensä 171 kappaletta (N=171).

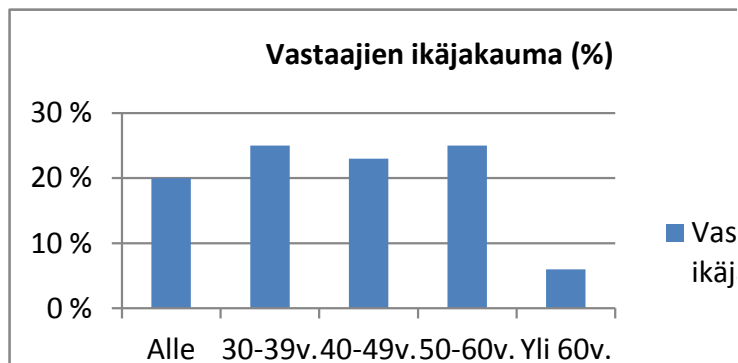
Tuloksissa olen yhdistänyt samaa mieltä ja melko samaa mieltä vastaukset (=samaa mieltä), ja melko eri mieltä ja eri mieltä vastaukset (=eri mieltä). Avoimissa tuloksissa f tarkoittaa mainintojen määrää kyseisen asian kohdalla ja N tarkoittaa vastanneiden kokonaismäärää. Suljetuissa kysymyksissä n tarkoittaa vastausten määrää ja N tarkoittaa kokonaisvastaajien määrää.

Kaikkien vastaajien määrästä miehiä oli 47 % (n=80) ja naisia oli 53 % (n=91). Kuvassa yksi alapuolella on kaikkien vastaajien sukupuolijakauma prosentteina kerrottuna.



Kuva 1, Sukupuolijakauma (N=171)

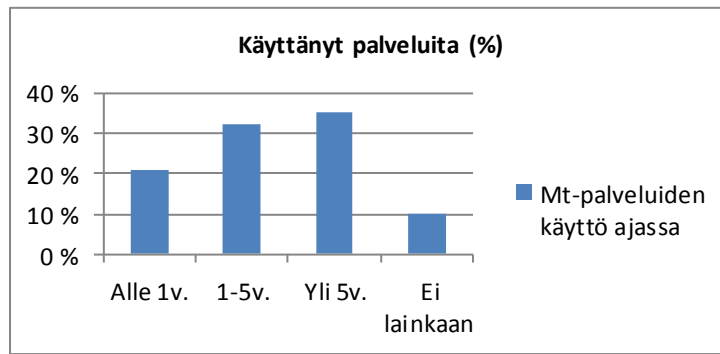
Vastaajista alle 30 -vuotiaita oli 20 % (n=34), 30-39 -vuotiaita 25 % (n=43), 40-49 -vuotiaita 23 % (n=39), 50-60 -vuotiaita 25 % (n=43) ja yli 60-vuotiaita 6 % (n=11). Alla on kuva (kuva 2.) ikäjakaumasta prosentteina esitettynä.



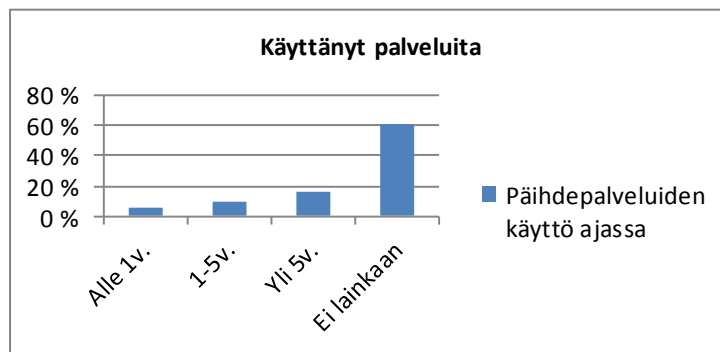
Kuva 2, Ikäjakauma (N=170)

Mielenterveyspalveluita oli käyttänyt alle vuoden 21% (n=37), 1 – 5 vuotta 32 % (n=54) ja yli 5 vuotta 35 % (n=60). 10 % (n=18) vastasi, ettei ollut käyttänyt lainkaan mielenterveyspalveluita. Kuvassa 3 on kerrottu palveluiden käyttöaika prosentteina.

Päihdepalveluita alle vuoden oli käyttänyt 6 % (n=10), 1 – 5 vuotta 9 % (n=15) ja yli 5 vuotta 16 % (n=27). 61 % (n=104) vastaajista ei ollut käyttänyt lainkaan päihdepalveluita. Kuvassa 4 on kerrottu palveluiden käyttöaika prosentteina.



Kuva 3, Mielenterveyspalveluiden käyttöaika (N=169)



(Kuva 4, Päihdepalveluiden käyttöaika (N=156))

Taulukossa 1 on kerrottu kaikkien vastanneiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttöaika. Mielenterveyspalveluita yli 5 vuotta käyttäneitä oli eniten vastanneissa. Vastanneet olivat enimmäkseen mielenterveyspalveluiden käyttäjiä, mutta näissä tuloksissa ei ole mainittu sitä, mikäli asiakas käyttää molempia sekä mielenterveys että päihdepalveluita.

Taulukko 1, Palveluiden käyttäminen palveluiden käyttöajan mukaan

Käyttänyt palveluita	Ei lainkaan	Alle vuoden	1 – 5 vuotta	Yli 5 vuotta	Yhteensä alle vuosi – 5 vuotta
Mielenterveyspalvelut	10 % (n=18)	21 % (n=37)	32 % (n=54)	35 % (n=60)	88 % (n=151)
Päihdepalvelut	61 % (n=104)	6 % (n=10)	9 % (n=15)	16 % (n=27)	31 % (n=52)

Terveyskeskuksen palveluita mielenterveysongelmiin oli käyttänyt 68 % (n=116). 29 % (n=49) ei ollut käyttänyt terveyskeskuksen palveluita mielenterveysongelmiin.

Vastaavasti terveyskeskuksen palveluita päihdeongelmiin oli käyttänyt 16 % (n=27) ja

68 % (n=117) ei ollut käyttänyt terveyskeskuksen palveluita päihdeongelmiin.

Huomattavaa oli, että päihdepalveluihin oli käytetty vähemmän terveyskeskuksen palveluita kuin mielenterveysongelmiin. Sukupuolieroja ei kuitenkaan ollut verrattuna terveyskeskuksen palveluiden käyttöön nähden.

Taulukko 2, Terveyskeskuspalveluiden käyttö mielenterveys- ja päihdeongelmiin

Käyttänyt terveyskeskuksen palveluita	Kyllä	Ei	Yhteensä
Mielenterveysongelmiin	68% (n=116)	29 % (n=54)	97 % (n=170)
Päihdeongelmiin	15 % (n=27)	68 % (n=117)	83 % (n=140)

Naisista mielenterveysongelmiin terveyskeskuksen palveluita oli käyttänyt 70 % (n=62) ja niitä ei ollut käyttänyt 30 % (n=26). Miehistä terveyskeskuksen palveluita mielenterveysongelmiin oli käyttänyt 70 % (n=54) ja niitä ei ollut käyttänyt 30 % (n=23).

Taulukko 3, Sukupuolijakauma terveyskeskuksen palveluiden käyttöön mielenterveysongelmissa

Käyttänyt terveyskeskuksen palveluita mielenterveysongelmiin	Kyllä	Ei	Yhteensä
Naiset	70 % (n=62)	30 % (n=26)	100 % (n=88)
Miehet	70 % (n=54)	30 % (n=23)	100 % (n=77)

Miehistä terveyskeskuksen palveluita päihdeongelmiin oli käyttänyt 28 % (n=20), ja niitä ei ollut käyttänyt 72 % (n=52). Naisista niitä oli käyttänyt 10 % (n=7) ja niitä ei ollut käyttänyt 90 % (n= 65).

Taulukko 4, Sukupuolijakauma terveyskeskuspalveluiden käyttämiseen päihdeongelmissa

Käyttänyt terveyskeskuksen palveluita päihdeongelmiin	Kyllä	Ei	Yhteensä
Naiset	10 % (n=7)	90 % (n=65)	100 % (n=74)
Miehet	28 % (n=20)	72 % (n=52)	100 % (n=72)

6.2 Hoitoon pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja terveysasemalle sekä jatkohoitoon

Mielenterveyspalveluihin ja päihdepalveluihin pääseminen kysyttiin asiakkailta väittämällä, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja jatkohoitoon pääsee helposti. Tulokset olivat seuraavanlaisia.

Samaa mieltä siitä, että mielenterveyspalveluihin pääsee helposti, oli 71 % (n=122) vastanneista. 11 % (n=19) mielestä mielenterveyspalveluihin ei pääse helposti. Ei samaa eikä eri mieltä oli 11 % (n=19). Päihdepalveluiden kohdalla vastanneet olivat sitä mieltä, että päihdepalveluihin pääsee helposti 38 % (n=65) ja 3 %:n (n=5) mielestä ei pääse helposti. Ei samaa eikä eri mieltä oli 35,1 % (n=60).

Mielenterveysasioissa terveysasemalle pääsi helposti 46 % (n=76) mielestä. Eri mieltä asiasta oli 16 % (n=28) vastaajista. Ei samaa tai eri mieltä oli 30 % (n=51).

Siitä, että terveysasemalle pääsee helposti päihdeasioissa, oli samaa mieltä 15 % (n=25), ja eri mieltä oli 17 % (n=29). Ei samaa tai eri mieltä oli jopa 40 % (n=69).

Siitä, että jatkohoitoon pääsee tarvittaessa helposti, oli samaa mieltä 52 % (n=90). 27 %:n (n=17) mielestä jatkohoitoon ei pääse helposti. Ei samaa tai eri mieltä oli 27 % (n=17).

Taulukko 5, Hoitoon pääsy

Hoitoon pääsy	Helposti	Ei pääse helposti	Ei samaa eikä eri mieltä	Yhteensä
Päihdepalveluihin	38 % (n=65)	3 % (n=5)	35 % (n=60)	76 % (n=130)
Mielenterveyspalveluihin	71 % (n=122)	11 % (n=19)	11 % (n=19)	93 % (n=160)
Terv.asemalle mielenterv. asioissa	46 % (n=76)	16 % (n=28)	30 % (n=51)	92 % (n=155)
Terv.asemalle päihdeasioissa	15 % (n=25)	17 % (n=29)	40 % (n=69)	72 % (n=123)
Jatkohoitoon	52 % (n=90)	27 % (n=17)	10 % (n=46)	89 % (n=153)

Ristiintaulukoinnin avulla katsoin, miten palveluiden käyttöaika vaikutti siihen, pääseekö henkilön mielestä palveluihin helposti. Kysymyksen jatkohoitoon pääsee helposti, mielenterveyspalveluihin kohdalla huomasin, että mielenterveyspalveluiden käytön kohdalla luku nousi suuremmaksi, mitä kauemmin palveluita oli käytetty.

Taulukko 6, Jatkohoitoon pääsy palvelujen käyttöajan mukaan mielenterveyspalveluiden käyttäjillä

Jatkohoitoon pääsee helposti (mielenterveyspalveluiden käyttäjät)	Ei lainkaan	Alle vuoden	1-5 vuotta	Yli 5 vuotta
Samaa mieltä	31 % (n=4)	53 % (n=18)	61 % (n=30)	68 % (n=38)
Eri mieltä	8 % (n=1)	9 % (n=3)	6 % (n=3)	16 % (n=9)

Muita merkittäviä ristiintaulukoinnissa esille tulleita eroja ei ollut. Laitoin kuitenkin vielä taulukkona, miten mielenterveyspalveluissa olleet vastasivat mielenterveyspalveluiden kohdalla ja miten päihdepalvelujen käyttäjät vastasivat päihdepalveluista.

Ei lainkaan mielenterveyspalveluita käyttäneet vastasivat kysymyksessä mielenterveyspalveluihin pääsee helposti seuraavasti. 33 % (n=5) oli sitä mieltä, että mielenterveyspalveluihin ei pääse helposti ja helposti pääsi 27 %:n (n=4) mielestä. Ei samaa tai eri mieltä vastasi tuolloin jopa 40 % (n=6).

Mielenterveyspalveluita käyttäneet olivat sitä mieltä (käyttänyt palveluita alle vuoden), että palveluihin pääsee helposti. Tätä mieltä oli 75 % (n=27). 14 % (n=5) oli sitä mieltä, että mielenterveyspalveluihin ei pääse helposti. 1 – 5 vuotta palveluita käyttäneistä hoitoon pääsi myös helposti, sillä 90 % (n=46) oli sitä mieltä. Kieltävästi vastasi 4 % (n=2). Samoin yli 5 vuotta palveluita käyttäneistä 78 % (n=44) vastasi, että

palveluihin pääsee helposti. 12 %:n (n=7) mielestä mielenterveyspalveluihin ei pääse helposti.

Ei lainkaan päihdepalveluita käyttäneet vastasivat, että päihdepalveluihin on helppo päästä. 28 % (n=21) oli sitä mieltä ja vain 1 vastaaja oli eri mieltä. Päihdepalveluita alle vuoden, 1 – 5 vuotta, ja yli 5 vuotta käyttäneissä oli jokaisessa vain 1 vastaaja, joka oli sitä mieltä, että päihdepalveluihin ei pääse helposti. Melkein kaikki olivat siis sitä mieltä päihdepalveluita käyttäneistä, että päihdepalveluihin pääsee helposti.

6.3 Hoidon saaminen mielenterveys- ja päihdeongelmaan

Asiakkaan hoidon saaminen kysyttiin väittämällä, että asiakas on hakenut apua monesta eri paikasta mielenterveys- ja päihdeasioihin

Apua päihdeasioihin monesta paikasta koki hakeneensa 12 % (n=21). 36 % (n=62) oli eri mieltä asiasta. 28 % (n=48) ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että on joutunut hakemaan apua päihdeasioihin monesta eri paikasta.

Vastanneista 28 % (n=48) oli hakenut monesta eri paikasta apua mielenterveysasioihin. Eri mieltä siitä, että oli joutunut hakemaan apua monesta eri paikasta mielenterveysasioihin, oli 47 % (n=81). Ei samaa tai eri mieltä vastanneista oli 17 % (n=29).

Taulukko 7, Avun hakeminen

Avun hakeminen	Samaa mieltä	Eri mieltä	Ei eri eikä samaa	Yhteensä
Hakenut apua monesta paikasta päihdeasioihin	12 % (n=21)	36 % (n=62)	28 % (n=48)	76 % (n=131)
Hakenut apua monesta paikasta mielenterv. asioihin	28 % (n=48)	47 % (n=81)	17 % (n=29)	93 % (n=158)

Asiakkaan hoidon saaminen mielenterveys- ja päihdeongelmaan kysyttiin väittämällä, että mielenterveysongelmaan ja päihdeongelmaan on saatu apua. Kysymys ”Olen saanut apua mielenterveysongelmaan/päihdeongelmaan toi seuraavia asioita tuloksiksi.

Mielenterveysongelmaan apua oli saanut 80 % (n=137) vastanneista. Apua ei ollut saanut 5 % (n=8). Ei samaa tai eri mieltä oli 10 % (n=18). Apua päihdeongelmaan oli

saanut 28 % (n=48) ja apua ei ollut saanut 10 % (n=18) vastanneista. Ei samaa tai eri mieltä oli 29 % (n=49) vastanneista.

Taulukko 8, Avun saaminen mielenterveys- tai päihdeongelmaan

Avun saaminen	Samaa mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Yhteensä
Saanut apua mielen- terveysongelmaan	80 % (n=137)	5 % (n=8)	10 % (n=18)	95 % (n=163)
Saanut apua päihde- ongelmaan	28 % (n=48)	10 % (n=18)	29 % (n=49)	67 % (n=115)

Avoimen kysymyksien palveluita koskeva kysymys ”Mistä olet saanut apua mielen-terveysongelmaan” ja ” Mistä olet saanut apua päihdeongelmaan” kuului myös tutkimusongelmaan 2 eli miten asiakas on saanut hoitoa mielenterveys- tai päihdeongelmaan. Vastanneita oli yhteensä 130 (N=130).

Mielenterveysongelmaan apua koki vastaajista saaneensa seuraavista paikoista: (pelkistetyt ilmaisut) mielenterveystoimisto, psykiatrian poliklinikka, Haminan psykiatrisen poliklinikka, Haminan mielenterveystoimisto, Kotkan mielenterveyskeskus, Virojoen mielenterveystoimisto, mielenterveyskeskus, Mieku, psykiatrisen sairaala ja Mahdollisuuksien talo, Sateenkaari, Kuuskaari, Kakspy, Viiskaari ja Villa Kaunismäki, Kuntoutus Orton, Aspa Oy, A-klinikka, terveysasema, sairaala, työterveysasema, Julkula Kuopio, lääkehoito, käynnit hoitopaikoissa, asumisyksikön ja päivätoiminta, diagnoosi sekä itseltään.

Mielenterveystoimisto, mielenterveyskeskus ja psykiatrisen poliklinikka muodostivat alakategorian avomielenterveyshoitopaikat. Mainintoja oli yhteensä 78 (n=78).

Yhdistin paikat, jotka ovat asumisyksiköitä (Mieku, Sateenkaari, Kuuskaasi, Viiskaari, Kakspy, Aspa Oy, asumisyksikkö) alakategorioiksi ja nimesin asumisyksiköiksi. Mainintoja oli yhteensä 10 (n=10).

Sairaala ja Julkula Kuopio, psykiatrisen sairaala muodostivat alakategorian sairaalat. Mainintoja oli yhteensä 12 (n=11).

Apua mielenterveysongelmaan koettiin saaneen myös tietyiltä työntekijöiltä eli psyki-

atriselta sairaanhoitajalta, lääkäriltä, työterveyshoitajalta, psykologilta, depressiohoitajalta, akuuttityöryhmältä ja psykiatrilta. Näistä ilmaisuista muodostin alakategorioita. Lääkäri, psykologi, työterveyshoitaja, depressiohoitaja, psykiatri ja psykiatrinen sairaanhoitaja muodostivat alakategorian henkilökunta. Mainintoja oli yhteensä 16 (n=15). Työterveyshoitaja ja työterveysasema muodostivat pääkategorian työterveys. Mainintoja oli 7 (n=7).

Apu itseltä ja terveysasemalta, terapia, lääkehoito, päivätoiminta ja diagnoosi, käynnit hoitopaikoissa, keskustelu ja A-klinikka jäivät omiksi pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Näitä kaikkia mainintoja oli yhteensä 24 (n=24).

Taulukko 9, Avunsaaminen mielenterveysongelmaan (N=139)

Pelkistetyt ilmaisut (f=ilmaisujen määrä)	Alakategoria
Mielenterveystoimisto (n=47) psykiatrinen poliklinikka (n=18), Mielenterveyskeskus (n=13)	Avomielenterveyshoitopaikat (f=78)
Sateenkaari (n=1), Kuuskaari (n=2), Viiskaari (n=1), Kakpsy (n=2), Aspa Oy (n=1), Asumisyksikkö (n=1) Mieku (n=1)	Asumisyksiköt (f=9)
Sairaala (n=6), Julkula kuopio (n=2) Psykiatrinen sairaala (n=4)	Sairaalat (f=12)
Työterveysasema (n=6), työterveyshoitaja (n=1)	Työterveys (f=7)
Lääkäri (n=4), psykologi (n=4), depressiohoitaja (n=1), akuuttityöryhmä (n=1), psykiatri (n=1) psykiatrinen sairaanhoitaja (n=4)	Henkilökunta (f=15)
Terveysasema (n=6), terapia (n=2), lääkitys (n=1), keskustelu (n=1), käynnit hoitopaikoissa (n=1) päivätoiminta (n=2), diagnoosi, (n=2), itseltä (n=1), A-klinikka (n=9)	(f=25)

Sama kysymys, mutta esitetty päihdenäkökulmasta, sai vastauksia yhteensä 53

(N=53). Yhdistin Kuuskaaren, Kakspyn ja Miekun alakategoriaksi asumisyksiköt. Koskenrinteen kuntoutuskeskus ja kuntoutuskoti muodostivat alakategorian kuntouttavat yksiköt. Mainintoja oli kaksi (n=2).

Terveyskeskuspsykologin arviointikäynnit ja terveyskeskuslääkärin lähete sekä terveyskeskus muodostivat yhteisen pääkategorian terveyskeskuksen palvelut. Näitä mainintoja oli yhteensä 6 (n=6).

AA-kerho, korvaushoito, A-klinikka, A-klinikkasäätiö, Huumevieroitusyksikkö, katkaisuhoidon asema muodostivat alakategorian päihdepalvelut.

Mielenterveystoimisto ja psykiatrinen poliklinikka saivat pääkategoria nimekseen avomielenterveyspalvelut.

Taulukko 10, Avunsaaminen päihdeongelmaan (N=53)

Pelkistetyt ilmaisut (n)	Alakategoria
A-klinikka (f=40) AA-kerho (f=1), korvaushoito (f=1), katkaisuhoidon asema (f=2) huumevieroitusyksikkö (f=1), katkaisuhoidon asema (f=1)	Päihdehoitopaikat (f=45)
Mielenterveystoimisto (f=4), mielen-terveyskeskus (f=1), psykiatrian poliklinikka (f=1)	Avomielenterveyshoitopaikat (f=6)
Kuuskaari (f=1), Kakspy (f=1), Miekun (f=1)	Asumisyksiköt (f=3)
Koskenrinteen kuntoutuskeskus (f=1), kuntoutuskoti (f=1)	Kuntouttavat yksiköt (f=2)
Terveyskeskus (f=4), terveyskeskuslääkärin lähete (f=1), arviointikäynnit tk-psykologilla (f=1)	Terveyskeskuksen palvelut (f=6)
Tutut (f=1), Mahdollisuuksien talo (n=1)	(f=2)

6.4 Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden ja terveysaseman valmiudet auttaa mielenterveys- ja päihdeasiakasta

Työntekijöiden valmiuksia kysyttiin asiakkailta väittämällä työntekijöiden valmiuksista auttaa mielenterveys- ja päihdeongelmaista sekä terveysaseman työntekijän valmiuksia auttaa mielenterveys- ja päihdeasiakasta.

Siitä, että mielenterveystyöntekijällä on valmiuksia auttaa päihdeongelmaista, oli samaa mieltä 37 % (n=63). Eri mieltä oli 9 % (n=15). Ei samaa tai eri mieltä oli 31 % (n=53), eli melko suuri osa.

Siitä, että päihdetyöntekijällä on valmiuksia auttaa mielenterveysongelmaista, oli samaa mieltä 24 % (n=42) vastanneista. Eri mieltä oli 10 % (n=18). Ei eri tai samaa mieltä asiasta oli 35,1 % (n=60).

Siitä, että terveysasemalla on valmiuksia auttaa päihdeasioissa, oli samaa mieltä 24 % (n=42). Eri mieltä asiasta oli 29 % (n=31). Ei samaa tai eri mieltä oli 28 % (n=49).

Vastaavasti samaa mieltä siitä, että terveysasemalla on valmiuksia auttaa mielenterveysasioissa, oli 44% (n=76) ja eri mieltä oli jopa 27 % (n=46). Ei samaa tai eri mieltä vastasi 20 % (n=49).

Taulukko 11, Työntekijöiden valmiudet asiakkaiden mukaan

Valmiudet	Samaa mieltä	Eri mieltä	Ei eri eikä samaa	Yhteensä
Mt.työntekijällä valmiuksia auttaa päihdeongelmaista	37 % (n=63)	9 % (n=15)	31 % (n=53)	77 % (n=131)
Päihdetyöntekijällä valmiuksia auttaa mt.asioissa	24 % (n=42)	10 % (n=18)	35 % (n=60)	69 % (n=120)
Terv.asemalla valmiuksia auttaa päihdeasioissa	24 % (n=42)	29 % (n=31)	28 % (n=49)	81 % (n=122)
Terv.asemalla valmiuksia auttaa mielenterveysasioissa	44 % (n=76)	27 % (n=46)	20 % (n=34)	91 % (n=156)

Avoimeen kysymykseen 18, jossa kysyttiin millainen on hyvä mielenterveystyöntekijä, sain vastauksia yhteensä 82 (N=82). Hyvän mielenterveystyöntekijän valmiudet kysyttiin kysymällä asiakkailta millainen on hyvä mielenterveystyöntekijä. Vastaukset kertovat työntekijöiden valmiuksista. Sain laajan vastauksen tutkimusongelmaan millaiset valmiudet työntekijöillä on auttaa. Jaottelin vastaukset omiin ryhmiinsä. Tässä pelkistettyjä ilmauksia, joita sain vastauksista.

Hyvä mielenterveystyöntekijä, jolla on hyvät valmiudet auttaa asiakasta, on mm. luotamusta herättävä, ystävällinen, hyvä kuuntelija, ottaa kantaa, antaa ohjeita itsensä auttamiseen, neuvoa, tukee, kannustaa, antaa tavoitteita, on empaattinen, ammattitaitoinen, huumorintajuinen, ottaa kokonaisvaltaisuuden huomioon, inhimillinen, kertoo hoitomuodoista, reipas, rempseä, iloinen, asiallinen, keskustelee, kärsivällinen, antaa tietoa ja hänellä on tietoa mielenterveys- ja päihdeasioista, vapaaehtoisuus hoitoon, palauttaa realiteetin, antaa uusia ajatusmalleja, tarvittaessa aktiivinen, on kiinnostunut, kyselee, siirtää vastuuta kun tietää potilaan pärjäävän, uskoo asiakasta, auttaa psykoosipotilasta, tarvittaessa ohjaa lääkärille, kertoo lääkkeiden sivuvaikutuksista ja on kunnioittava.

Ensimmäisen alakategorian muodostin seuraavista kuvailuista: hyväksyvä, ymmärtää, hyvä kuuntelija, inhimillinen, empaattinen, haluaa auttaa, hyvä, ystävällinen ja kärsivällinen muodostivat alakategorian inhimillinen. Ilmaisuja oli 67 (n=67).

”...ottaa potilaan huomioon ihmisenä.”

”herkkäkorvainen kuuntelija...”

”kuuntelee ongelmista...”

Kunnioittava, arvostava, ei vähättele, samalla tasolla ja uskoo asiakasta muodostivat alakategorian ei vähättele. Ilmaisuja oli 8 (n=8).

Nämä muodostivat kolmannen alakategorian: Antaa uusia ajatusmalleja, neuvoa, tukee, antaa ohjeita itsensä auttamiseen, keskustelee, ottaa kantaa, antaa uusia näkökulmia, antaa tavoitteita, palauttaa realiteetin, tarvittaessa ohjaa lääkärille, osaa esittää kysymykset ymmärrettävästi, auttaa psykoosipotilasta, auttaa. Tämä siksi, että kaikki kyseiset adjektiivit sisältävät ohjausta.

”Antaa näkökulmia...”

”...kertoo oman kantansa kun asiat alkavat mennä yli.”

”...Ohjeita itsensä auttamiseen.”

Kertoo lääkkeiden sivuvaikutuksista, tietoa mielenterveys- ja päihdeasiasta, kertoo hoitomuodoista, ja antaa tietoa muodostivat alakategorian tietoa antava. Mainintoja oli yhteensä 6 (n=6).

Jaksaa kaikissa tilanteissa ja kannustava, eteenpäin auttava muodostivat vielä oman alakategorian jaksaa kannustaa.

...on oikein hyvä hoitaja, kannustava.”

”Kannustava.”

Reipas, rempseä, iloinen, tarvittaessa aktiivinen, palvelualtis, on kiinnostunut, kyselee ja huumorintajuinen kuvaavat ulospäin suuntautuneisuutta, joten nimesin nämä ilmaiset alakategoriaksi ulospäin suuntautuva. Mainintoja oli 7 (n=7).

Kokenut, asiallinen ja ammattitaitoinen muodostivat alakategorian ammattitaitoinen. Mainintoja oli 5 (n=5).

”...ammattilainen”

Viimeinen kategoria oli luottamusta herättävä. Mainintoja tässä oli yhteensä 5 (n=5). Pelkistetyiksi ilmauksiksi jäivät siis vielä omahoitaja, ottaa kokonaisvaltaisuuden huomioon, vapaaehtoisuus hoitoon.

Taulukko 12, Hyvän mielenterveystyöntekijän valmiudet (N=67)

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
hyväksyvä (f=1), ymmärtää (f=7), hyvä kuuntelija (f=49), inhimillinen (f=2), empaattinen (f=4), haluaa auttaa (f=1), hyvä (f=1), ystävälli- nen (f=1), kärsivällinen (f=1)	Inhimillinen (f=67)
Kunnioittava (f=2), arvostava (f=1), ei vähättele (f=3), samalla tasolla	Ei vähättele (f=8)

(f=1), uskoo asiakasta (f=1)	
Antaa uusia ajatusmalleja (f=1), neuvoo (f=13), tukee (f=3), antaa ohjeita itsensä auttamiseen (f=2), keskustelee (f=2), ottaa kantaa (f=2), antaa uusia näkökulmia (f=2), antaa tavoitteita (f=1), palauttaa realiteetin (f=1), tarvittaessa ohjaa lääkärille (f=1), osaa esittää kysy- mykset ymmärrettävästi (f=1), auttaa psykoosipotilasta (f=1),auttaa (f=4)	Ohjeita antava (f=34)
Kertoo lääkkeiden sivuvaikutuksista (f=1), tietoa mielenterveys- ja päihdeasioista (f=1),kertoo hoito- muodoista (f=1),antaa tietoa (f=3)	Tietoa antava (f=6)
Jaksaa (f=2) Kannustava (f=7) eteenpäin auttava (f=2)	Jaksaa kannustaa (f=11)
Reipas (f=1), rempseä (f=1), iloinen (f=1), tarvittaessa aktiivinen (f=1), palvelua antava (f=1), on kiinnos- tunut (f=1), huumorintajuinen (f=1)kyselee (f=1)	Ulospäin suuntautuva (f=7)
Kokenut (f=2), asiallinen (f=1) ja ammattitaitoinen (f=2)	Ammattitaitoinen (f=5)
Luotettava (f=4) helppo puhua (f=1)	Luottamusta herättävä (f=5)
Omahoitaja (f=1),ottaa kokonais- valtaisuuden huomioon (f=1),vapaaehtoisuus hoitoon (n=1)	(f=3)

Myös hyvän päihdetyöntekijän valmiudet kysyttiin kysymällä asiakkailta millainen on hyvä päihdetyöntekijä. Seuraavana on pelkistettyjä ilmauksia asiakkailta. Vastauksia oli yhteensä 44 (N=44). Herättää luottamusta, huomioi toiveet, ei tuomitse, ymmärtä-

väinen, empaattinen, ennakkoluuloton, uskoo ihmiseen, asettuu samalle tasolle, kunnioittava, huomaa motivaation, tietää potilaan asiat lääkäriä paremmin, vaikuttaa lääkehoitoon, aikaa potilaan asioihin, antaa päätöksenteon tukea, ohjaa, opastava, kokemusta ja tietoa päihdeasioista, kannustava, hyvä kuuntelija, ei painosta, avarakatseinen, avoin, omaa hyvät hermot, päättäväinen, tiukka, ei nipota.

Ensimmäisen alakategorian muodostivat seuraavat kuvailut: empaattinen, kunnioittava, ei tuomitse, uskoo ihmiseen, asettuu samalle tasolle, ystävällinen. Nimesin alakategorian nimellä inhimillinen. Inhimillisyyys kertoo suhtautumisesta asiakkaaseen.

”...pystyy asettumaan samalle tasolle...”

Huomioi toiveet, ei painosta, hyvä kuuntelija, omaa hyvät hermot, ei nipota ja nimesin alakategoriaksi näille kuvailuille termin asiakaslähtöinen.

”kuuntelee ongelmista”

”kuuntelee asiat...”

Avarakatseinen, avoin, ennakkoluuloton ja ymmärtäväinen muodostivat alakategorian ja nimesin pääkategorian nimellä ymmärtäväinen.

”Avarakatseinen”

”Ennakkoluuloton”

Se, että huomaa motivaation, tietää potilaan asiat lääkäriä paremmin, vaikuttaa lääkehoitoon, aikaa potilaan asioihin, nimesin alakategoriaksi tuntee oman potilaan.

”...aikaa paneutua jokaisen asioihin...”

”Ja vaikuttaisi enemmän lääkehoitoon...”

Ohjaa, kannustava, rohkaiseva, kannustava muodostivat alakategorian tukeva.

”Keskustelee.”

”Antaa vinkkejä.”

Antaa päätöksenteon tukea, antaa tavoitteita, on opastava muodostivat alakategorian ohjaava.

”Kertoo.”

”Antaa tavoitteita.”

Kokemusta ja tietoa alakategoria sisälsi seuraavia pelkistettyjä ilmaisuja: kokemusta ja tietoa mielenterveys- ja päihdeasioista,

Tuloksissa olevaa tulosta kokemusta ja tietoa omaavaa työntekijää kuvailtiin asiakkaiden toimesta näin:

”Selventää mitä kuuluu alkoholismiin.”

”Tietää päihdeasioista”

Taulukko 13, Hyvän päihdetyöntekijän valmiudet (N=44)

pelkistetyt ilmaukset	alakategoria
empaattinen (f=1), kunnioittava (f=1), ei tuomitse (f=1), uskoo ihmiseen (f=1), asettuu samalle tasolle (n=1), ystävällinen (f=1)	Inhimillinen (f=6)
Huomioi toiveet (f=1), ei painosta (f=1), ei nipota (f=1), omaa hyvät hermot (f=1), hyvä kuuntelija (f=3)	Asiakaslähtöinen (f=7)
Avarakatseinen (f=1), avoin (f=1), ennakkoluuloton (f=1) ja ymmärtäväinen (f=3)	Ymmärtäväinen (f=6)
huomaa motivaation (f=1), tietää potilaan asiat lääkäriä paremmin (f=1), aikaa potilaan asioihin (f=1)	Tuntee potilaan (f=3)
Ohjaa (f=2), kannustava (f=2), rohkaiseva (f=1)	Tukeva (f=5)
Antaa päätöksenteon tukea (f=1), antaa tavoitteita (f=1), opastava (f=3), vaikuttaa lääkehoitoon (f=1)	Ohjaava (f=6)
Päättäväinen (f=1), tiukka (f=1)	Määrätietoinen (f=2)
tietoa mielenterveys- ja päihdeasioista (f=3), kokemusta (f=3)	Kokemusta ja tietoa (f=6)

6.5 Päihdetyön kehittäminen asiakkaan näkökulmasta

Päihdetyön kehittämisestä kysymyksiä oli 7. Tutkimusongelma oli ”miten mielenterveystyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä sekä miten päihdetyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä.

Vastanneet olivat sitä mieltä, että asiakkaiden toiveita tulisi kuulla enemmän, 23 % (n=40) oli samaa mieltä asiasta. Ei samaa tai eri mieltä oli suurin osa eli 22 % (n=38). 3 %:n (n=5) mielestä asiakkaiden toiveita ei tulisi kuulla enemmän.

27 %:n (n=46) mielestä kokemusasiantuntijuutta pitäisi lisätä ja sitä ei pitäisi lisätä 2,4 %:n (n=4) mielestä.

Vertaistukea tulisi lisätä päihdepalveluissa suurimman osan lisäksi eli 24 %:n (n=42) mielestä Täysin samaa mieltä oli (8,2 %) ja melko samaa mieltä oli (16,4 %). Ei samaa tai eri mieltä oli 24,6 %. Mutta täysin eri mieltä oli vain 0,6 % ja melko eri mieltä 0,6 %.

Päihdepalveluissa henkilökunnan koulutusta tulisi lisätä 16 %:n (n=28) mielestä ja sitä ei tulisi lisätä 3,5 % (n=6) mielestä. Lisää hoitovaihtoehtoja päihdepalveluihin toivoi 23 % (n=40). Lisää hoitovaihtoehtoja ei halua tuloksen mukaan 2,4 % (n=4)

Koko järjestelmän uudelleen suunnittelusta oltiin seuraavaa mieltä: 7 (n=12) toivoi järjestelmän uudelleen suunnittelua ja 11 % (n=19) taas vastaajista ei toivonut sitä.

Taulukko 14, Päihdetyön kehittäminen

Päihdetyön kehittäminen	Samaa mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä
Enemmän toiveiden kuuntelemista	23 % (n=40)	3 % (n=5)	22 % (n=38)
Kokemusasiantuntijuuden lisääminen	27 % (n=46)	2,4 % (n=4)	18 % (n=32)
Vertaistuen lisääminen	24 % (n=42)	1,2 % (n=2)	24 % (n=42)
Koulutusta henkilökunnalle	16 % (n=28)	3,5 % (n=6)	29 % (n=50)
Lisää hoitovaihtoehtoja	23 % (n=40)	2,4 % (n=4)	22 % (n=38)
Järjestelmän uusiminen	7 % (n=12)	11 % (n=19)	30 % (n=51)

Avoimien kysymysten (20 g ja 21 g) vastauksia ei tähän tutkimusongelmaan ollut paljon. Asiakkaat saivat lisätä vielä äskeisten kehittämisvaihtoehtojen jälkeen omia ajatuksia siitä, miten palveluita voisi muuten kehittää.

Päihdetyötä tulisi kehittää asiakkaiden mielestä siten, että sukulaiset ja perhe otetaan mukaan, toiveet ja kokonaisuus huomioon, uuden mahdollisuuden antaminen, raskaina oleville testejä ja päihdetyötä helpotetaan asiakkaalle. Näistä ei muodostunut yhtään alakategorioita.

”...päihdetyön helpottamista asiakkaalle.”

6.6 Mielenterveystyön kehittäminen asiakkaan näkökulmasta

Enemmän toiveiden kuuntelua toivoi 34 % (n=59) vastanneista. 16 % (n=27) mielestä toiveita ei tulisi kuulla enemmän. Ei samaa tai eri mieltä oli 28 % (n=48).

Kokemusasiantuntijuuden lisäämistä toivoi mielenterveyspalveluissa 41 % (n=70) ja eri mieltä väittämästä oli 11 % (n=20). Ei eri eikä samaa mieltä 23 % (n=39) vastanneista.

Samaa mieltä siitä, että vertaistukea tulisi lisätä mielenterveyspalveluissa, oli 39 % (n=67). Eri mieltä asiasta oli 14 % (n=24). Ei samaa tai eri mieltä oli 27 % (n=47) vastanneista. Suurimman osan mielestä vertaistukea tulisi lisätä.

Mielenterveyspalveluissa henkilökunnan koulutusta tulisi lisätä 27 % (n=46) mielestä. Henkilökunnan koulutusta ei tulisi lisätä 15 % (n=27) mielestä.

Samaa mieltä oli 36 % (n=59) siitä, että hoitovaihtoehtoja pitäisi olla mielenterveyspalveluissa enemmän. 9 % (n=16) mielestä hoitovaihtoehtoja ei tulisi olla enemmän. Ei samaa eikä eri mieltä oli suurin osa eli 27 % (n=47) vastanneista.

Mielenterveyspalveluiden kohdalla koko järjestelmän kokonaan uusimista toivoi vain pieni osa eli 10 % (n=18). Eri mieltä tästä oli 33 % (n=56). Ei samaa tai eri mieltä oli 30 % (n=52).

Taulukko 15, Mielenterveystyön kehittäminen

Mielenterveystyön kehittäminen	Samaa mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Yhteensä
Enemmän toiveiden kuuntelemista	34 % (n=59)	16 % (n=27)	28 % (n=48)	50 % (n=134)
Kokemusasiantuntijuuden lisääminen	41 % (n=70)	11 % (n=20)	23 % (n=39)	75 % (n=129)
Vertaistuen lisääminen	39 % (n=67)	14 % (n=24)	27 % (n=47)	80 (N=138)
Koulutusta henkilökunnalle	27 % (n=46)	15 % (n=27)	35 % (n=60)	77 % (n=133)
Lisää hoitovaihtoehtoja	36 % (n=59)	9 % (n=16)	27 % (n=47)	72 % (n=122)
Järjestelmän uusiminen	10 % (n=18)	33 % (n=56)	30 % (n=52)	73 % (n=126)

Mielenterveystyön kehittäminen kysyttiin asiakkailta avoimessa kysymyksessä kysymällä, miten muuten haluaisi mielenterveystyötä kehitettävän.

Mielenterveystyön kehittämisestä tuotiin melko raskaskin asia esille: lääkäri ei saa rikkaa vaitiolovelvollisuutta. Muita pelkistettyjä ilmauksia olivat psykoterapiaa julkiselle puolelle, neuropsykiatrian palveluita aikuisille, faktatiedon esiintuomista, tietoa sairauksien yleisyydestä, tietoa kuinka hyvin kuntoutuu, ongelmien hyssyttelyn vähentäminen, hoitohenkilökunnan lisääminen ja palveluita laajemmalle.

”...ongelmia hyssytellään.”

Luokittelin osan ilmaisuista alakategorioihin. Palveluita laajemmalle, psykoterapiaa julkiselle puolelle, neuropsykiatrian palveluita aikuisille yhdistin alakategoriaksi ”laajemmin palveluita”.

”Lisää neuropsykiatrian palveluita...”

Faktatiedon esiintuominen, tietoa sairauksien yleisyydestä ja tietoa kuinka hyvin kuntoutuu, yhdistin alakategoriaksi Tietoa mielenterveysasioista.

”...kuinka yleisiä ovat mitkäkin ongelmat...”

”Fakta tietoa esiin...”

Taulukko 16, Mielenterveyspalveluiden kehittäminen (N=7)

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Psykoterapiaa julkiselle puolelle (f=1), palveluita laajemmalle (f=1), neuropsykiatrian palveluita aikuisille (f=1)	Laajemmin palveluita (f=3)
Faktatiedon esiintuminen (f=1), tietoa sairauksien yleisyydestä (f=1), tietoa kuntoutumisesta (f=1)	Tietoa mielenterveysasioista (f=3)
Hoitohenkilökunnan lisääminen (f=1), ongelmien hyssyttelyn vähentäminen (f=1), lääkäri ei saa rikkoa vaitiolovelvollisuutta (f=1)	(f=3)

6.7 Avunsaaminen työntekijältä

Kaikista vastaajista 91 % (n=151) oli sitä mieltä, että häntä oli kuunneltu. Eri mieltä oli 1,2 % (n=2) Ei samaa eikä eri mieltä oli 1,2 % (n=2) vastanneista.

Siitä, että oli saanut osallistua hoitoonsa liittyviin asioihin, oli samaa mieltä 84 % (n=144), ja eri mieltä oli 1,2 % (n=2) vastanneista. Ei samaa tai eri mieltä oli 7 % (n=13).

66 % (n=114) vastaajista oli autettu päivittäisten asioiden ratkomisessa. 8 % (n=14) ei ollut saanut apua päivittäisen asioiden ratkomiseen. Ei samaa tai eri mieltä väitteestä oli 19 % (n=33). Lääkehoidollista apua koki saaneensa 90 % (n=154) ja apua lääkeshoidosta ei ollut saanut vain 5 % (n=9).

Tietoja mielenterveysasioista oli saanut 79 % (n= 135). Tietoja mielenterveysasioista ei ollut saanut 5 % (n=9). Ei samaa tai eri mieltä oli 11 % (n=20). Tietoja päihdeasioista oli saanut 34 % (n=58) ja 8 % (n=14) ei ollut saanut tietoa päihdeasioista. Ei samaa tai eri mieltä oli 31 % (n=53).

Siitä, että ei ollut saanut minkäänlaista apua mielenterveysasioihin, oli samaa mieltä vain 3 % (n=5). Apua oli saanut siis 76 % (n=130) vastanneista. Siitä, että ei ollut saanut minkäänlaista apua päihdeasioihin, oli samaa mieltä 4 % (n=7) ja apua oli saanut 41 % (n=70). 23 % (n=39) ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Katsoin ristiintaulukoinnin tulokset läpi siten vielä, oliko kyseellä mielenterveys- tai päihdeidenkäyttäjää, mutta kyseiseen kysymykseen ei liittynyt merkittäviä eroja siihen nähden, oliko vastaaja mielenterveys- vai päihdeasiakas.

Taulukko 17, Työntekijän antama apu

Työntekijän antama apu	Samaa mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Yhteensä
Kuunneltu	91 % (n=151)	1,2 % (n=2)	1,2 % (n=2)	93,4 % (n=155)
Osallistuminen hoitoon	84 % (n=144)	1,2 % (n=2)	7 % (n=13)	92,2 % (n=159)
Autettu päivittäisten asioiden ratkaisemisessa	66 % (n=114)	8 % (n=14)	19 % (n=33)	93 % (n=161)
Lääkehoito	90 % (n=154)	5 % (n=8)	2,3 % (n=4)	97 % (n=166)
Tietoja mielenterveysasioista	79 % (n=135)	5 % (n=9)	11 % (n=20)	95 % (n=164)
Tietoja päihdeasioista	34 % (n=58)	8 % (n=14)	31 % (n=53)	73 % (n=125)
Ei apua mielen- terv.asioihin	3 % (n=5)	76 % (n=130)	9 % (n=15)	88 % (n=150)
Ei apua päihdeasioihin	4 % (n=7)	41 % (n=70)	23 % (n=39)	68 % (n=116)

Avoimella kysymyksellä 10 i (millaista muuta apua asiakas on saanut työntekijältä) haettiin vastausta siihen millaista apua asiakas on saanut työntekijältä. Vastaajia tähän oli yhteensä 18 (N=18). Pelkistettyjä ilmauksia olivat: pelkkä elämän analysointi auttaa, apua ei ole jos ei kuunnella, hyvä palvelu, tukea, apua, perhetyöntekijä auttamassa, lääkehoito, muiden terveydellisten ongelmien huomiointi, saa yhteyden koska tahansa, tietoa riittävästi, terapia, kotiapu, apua lapsen mielenterveysongelmaan, Koskenrinne, hyvää palvelua ja terveydelliset lausunnot.

”saanut soittaa aina psy. sairaanhoitajalle...”

”päihde ja mt asioista puhuttu...”

...mukavat ihmiset auttavat.”

Alakategoriaksi muodostui auttaminen, jonka muodostivat tuki, apu, neuvot, perhetyöntekijä auttamassa, kotiapu ja avun hakeminen lapsen mielenterveysongelmaan, pelkkä elämän analysointi. Siihen liittyi myös vastakohtaisesti asia, jonka mukaan apua ei ole jos ei kuunnella. Kuunteleminen on tärkeää.

Taulukko 18, Työntekijän auttamistavat (N=18)

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria
tuki (f=2),apu (f=1),neuvot (f=1),perhetyöntekijä auttamassa (f=1),kotiapu (f=1),avun hakeminen lapsen mielenterveysongelmaan (f=1), pelkkä elämän analysointi (f=1), kuunteleminen (f=1)	Auttaminen (f=9)
lausunnot (f=2),lääkehoito (f=1),muiden terveydellisen ongelmien huomiointi (f=1),saa yhteyden koska tahansa (f=1),terapia (f=1),tietoa riittävästi (f=1),Koskenrinne (f=1),hyvä palvelu (f=1)	(f=9)

6.8 Asiakkaan osallisuuden toteutuminen hoidossa

Kyselylomakkeen avoin kysymys ”Mihin asioihin haluaisit vaikuttaa enemmän päihdehoidossasi” kuului tutkimusongelmaan 7. Tutkimusongelma oli ”Miten asiakkaan osallisuus toteutuu hoidossa?” Sain paljon vastauksia, ja vastaukset vastasivat tutkimusongelmaan siten, että sain tietoa siitä, miten asiakkaan osallisuus toteutuu. Vastauksia oli yhteensä 20 (N=20).

Kysymyksessä 11. kysyttiin mihin asioihin haluaisit vaikuttaa enemmän päihdehoidossasi, ja vastauksista eriytyi mm. seuraavia pelkistettyjä ilmauksia: Kuuntelua enemmän, tuen saaminen päihdehoidossa, asenneongelmiin, riittävästi saanut hoitoa, vähentää turhia käyntejä, omaan itseä, tiukempaa seurantaa, lääkärin kanssa enemmän tekemisissä, kuuntelua olotilasta, lääkkeiden vähennys ajaa ostamaan kadulta päihteitä, lääkehoito, hoidon vapaaehtoisuus, vertaistuki, yhteinen tekeminen, urheilu.

Tuen saaminen päihdehoidossa, ohjaus, motivoiminen, positiivisen elämänsänteen tärkeys ja vertaistuki ilmaisuista alakategoriaksi muodostui asiakkaan tukeminen.

...ja saan tukea päihdehoidossa.”

Hoidon vapaaehtoisuus, turhien käyntien vähentäminen, hoidon itsenäistyminen ja tiukempi seuranta yhdistin alakategoriaksi vaikuttaminen käynteihin. Vaikka siinä on vastakohtia, kuten tiukempaa seurantaa – turhien käyntien vähentäminen, liittyvät kaikki vaikuttamiseen käyntien määrästä.

”Vähemmän turhia käyntejä...”

Kuuntelua enemmän ja kuuntela olotilasta ja ottaa kantaa asioissa yhdistin alkategoriaksi asiakkaan kuuntelu.

”...kuunneltaisiin minun olotilaa...”

Liikunta, yhteinen tekeminen ja urheilu muodostivat alakategorian aktiviteetit.

”Yhteistä tekemistä...”

Lääkkeiden vähennys ajaa kadulle ostamaan, lääkehoito, lääkärin kanssa enemmän tekemisissä liittyivät toisiinsa lääkkeiden vaikuttamishalun vuoksi, joten nimesin sen vaikuttamista lääkehoitoon – termillä.

”Onko hyvä lääkitys...”

”...lääkehoidollisesti”

Mikäli lääkehoitoon ei saa itse vaikuttaa, tuo ilmi vastauksista sen, että se ajaa kadulle hakemaan päihteitä, on otettava huomioon siten, että se tarkoittaa tuolloin myös vaa-
raa syrjäytymiselle.

”Tiputetaan liikaa ihmisiltä lääkkeitä joka ajaa ihmiset kadulta ostamaan...”

Vaikutus omaan itseen, riittävästi saanut apua, asenneongelmat sekä liian tarkat asiakohdat jäivät omiksi pelkistetyiksi ilmaisuiksi.

Taulukko 19, Vaikuttamisen toiveet päihdehoidossa (N=20)

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria
Ohjaus (f=1),motivoiminen (f=1),tuen saaminen päihdehoidossa (f=1),positiivisen elämänasenteen tärkeys (f=1),vertaistuki (f=2)	Asiakkaan tukeminen (f=6)
vähentää turhia käyntejä (f=1),tiukempi seuranta (f=1),hoidon vapaaehtoisuus (f=1),hoidon itsenäistyminen (f=1),tiukempi seuranta (f=1)	Vaikuttaminen käyntien määrään (f=5)
kuuntelua enemmän (f=2),kuuntelua olotilasta (f=1),ottaa kantaa asioissa (f=1)	Asiakkaan kuuntelu (f=4)
Liikunta (f=1),yhteinen tekeminen (f=1),urheilu (f=2)	Aktiviteetit (f=4)
Lääkkeiden vähennys ajaa kadulle ostamaan (f=1), lääkehoito (f=2),enemmän lääkärin kanssa tekemisissä (f=1)	Lääkehoidollisesti vaikuttaminen (f=4)
Vaikutus omaan itseän (f=1),riittävästi apua saanut (f=2),asenneongelmat (f=1) liian tarkat asiakohdat (f=1)	(f=4)

Kysymyksessä 12. taas kysyttiin samaa asiaa, mutta mielenterveyshoidon kannalta. Tutkimuskysymyksessä kysyttiin toteutuuko asiakkaan osallisuus hoidossa. Osallisuus on sitä, että pystyy vaikuttamaan hoitoon liittyviin asioihin. Vastauksia oli yhteensä 30 (N=30).

Sain seuraavia pelkistettyjä ilmauksia vastauksista: Omahoitajavalintaan, mielenterveystaholle vaikutusvaltaa, vastuussa olevan lääkärin valintaan, kaikki hoidossa kohdallaan, käytännön ratkaisuihin, liikunta ei lääke kaikkeen, saada hyvää hoitoa, psykiatriassa sairaalassa huonosti apua, lopettaa malli-voittainen elämä, keksiä piristävä pilleri, toiminnallisuus, tuki, nopeammin lääkärille, enemmän kontaktia hoitajiin, tiiviimmät tapaamiset, käyntien määrä, akuuttitilanteessa tiheämmät käynnit, terapiat, tietoa, tietoa omasta sairaudesta, vähemmän lääkehoitoa, syiden ratkominen, vertaistuki, ryhmäkuntoutus, etenemismahdollisuudet, jatkotoimenpiteet, lisää kuntouttavia palveluita.

Sitten tein taas alakategorioita samanlaisista ilmaisuista. Nopeammin lääkärille, käyntien määrä, tiiviimmät tapaamiset, enemmän kontaktia hoitajiin, akuuttitilanteessa tiheämmät käynnit muodostivat yhteisen alakategorian, jonka nimesin termillä vaikuttaminen käyntien määrään. Esille tuotiin sitä, että käynteihin tulisi voida vaikuttaa aina asiakkaan tilanteen mukaan.

”Kriisitilanteessa tihennettävä mahdollisuuksia päästä...”

Omahoitajavalinnan ja vastuussa olevan lääkärin valinnan yhdistin alakategoriaksi henkilökunnan valintaoikeus. ”Hoitajaa ei voi halutessa vaihtaa, mikä väärin...”

Etenemismahdollisuudet, jatkotoimenpiteet ja lisää kuntouttavia palveluita yhdistin alakategoriaan tulevaisuuteen suuntautuva hoito. Tässä asiakkaat toivat ilmi sen, että hoidossa pitäisi kiinnittää huomioita enemmän tulevaisuuteen. ”Etenemismahdollisuuksiin, tulevaisuuteen enemmän...”

Ei-lääkehoidolliset tuen muodot –alakategorian muodostin terapiasta, tuesta, syiden ratkomisesta, vertaistuesta ja ryhmäkuntoutuksesta sekä vähemmästä lääkehoidosta.

”Enemmän terapiaa”

”...huomioita syihin ja niiden ratkomiseen”

Psykiatrisessa sairaalassa huonosti apua, kaikki hoidossa kohdallaan ja hyvän hoidon saaminen liittyvät asiakkaan hoitoon. Muodostin näistä alakategorian, jonka nimesin nimellä potilaan hyvä hoito. Toive hoidon hyvästä saannista ja se, että on saanut huonosti apua psykiatrisessa sairaalassa tukevat toisiaan siihen, että hoidon toivotaan olevan hyvää. Hoitoon liittyy aina odotuksia. Huono hoito aiheuttaa pettymystä. Tein vielä pääkategorian hoidon odotukset. Hoito voi vastakohtaisesti saada aikaan myös varmuuden tunnetta. Tuloksena on asiakkaiden vastauksissa se, että hoitoa on saatu sekä hyvää, että huonoa.

”Että minua hoidettaisiin hyvin...”

”...oli vaikeaa saada apua.”

”...kaikki hoidossani tuntuu olevan kohdallaan.”

Tieto ja tietoa omasta sairaudesta liittyivät potilaan tiedottamiseen, joten nimesin nämä alakategoriaksi potilaan tiedottaminen. Tiedottomuus aiheuttaa potilaalle epävarmuutta. Epävarmuus näkyy kyseisissä lainauksissa hyvin. Tästä tein vielä yläkategorian epävarmuuden tunne. Asiakkaan osallisuus ei hoidossa toteudu, mikäli hoitoa leimaa epävarmuus. Hoitoa on leimannut epävarmuus, joten potilaan tiedotus ei ole toiminut toivotulla tavalla.

”...mutta mistä saa tietoa?”

”...sairauteeni liittyvissä asioissa tietoa.”

Yksittäisiksi asioiksi jäivät toiminnallisuus, mielenterveys-taholle vaikutusvaltaa, käytännön ratkaisut, liikunta ei apu kaikkeen.

Tutkimusongelmaa ajatellen, vastaukset olivat kattavia. Vastauksista päätellen on melko paljon asioita, joihin asiakkaat haluaisivat vaikuttaa enemmän, joten asiakkaan osallisuus voisi toteutua paremminkin.

Taulukko 20, Vaikuttamisen toiveet mielenterveyshoidossa (N=30)

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria
Omahoitajavalinta (f=1), vastuussa olevan lääkärinvalinta (f=1)	Henkilökunnan valintaoikeus (f=3)
Psykiatrisessa sairaalassa huonosti apua (f=1), kaikki hoidossa kohdallaan (n=1) ja hyvän hoidon saaminen (f=1)	Potilaan hyvä hoito (f=3)
Nopeammin lääkärille (f=1), käyntien määrä (f=1), tiiviimmät tapaamiset (f=1), enemmän kontaktia hoitajiin (f=1), akuuttitilanteessa tiheimmät käynnit (f=1)	Käyntien määrään vaikuttaminen (f=5)
terapia (f=2), tuki (f=1), syiden ratkominen (f=1), vertaistuki (f=1), ryhmäkuntoutus (f=1), vähempi lääkehoito (f=1)	Ei-lääkehoidolliset tuen muodot (f=7)
Etenemismahdollisuudet (f=1), jatkotoimenpiteet (f=1) ja lisää kuntouttavia palveluita (f=1)	Tulevaisuuteen suuntautuva hoito (f=3)
Tietoa (f=2) ja tietoa omasta sairaudesta (f=1)	Potilaan tiedottaminen (f=3)
toiminnallisuus (f=1), mielenterveys-taholle vaikutusvaltaa (f=1), käytännön ratkaisut (f=1), liikunta ei apu kaikkeen (f=1)	(f=4)

6.9 Asiakaan kohtelu mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä terveysasemalla

Asiakasta oli kohdeltu päihdehoitopaikoissa 29 %:n (50) mielestä hyvin ja 1,2 %:n Ei huonosti tai hyvin vastasi suurin 23 % (n=43). Mielenterveyspalveluissa asiakkaat kokivat, että heitä oli kohdeltu hyvin 76 % (n=131) ja huonosti 3,5 %:n (n=6) mielestä. Ei huonosti eikä hyvin vastasi 10 % (n=17).

Mielenterveysasioissa terveysasemalla asiakkaita oli kohdeltu erittäin hyvin 41 % (n=71) mielestä ja 16 % (n=27) mielestä huonosti. 23 % (n=40) oli vastannut ei huonosti eikä hyvin. Kohtelu päihdeasioissa terveysasemalla jakautui siten, että 10 % (n=18) vastaajista vastasi hyvin. 13 % (n=23) vastasi huonosti ja ei huonosti eikä hy-

vin vastasi 30 % (n=52). Suurempi osa oli siis saanut enemmän huonoa kohtelua kuin hyvää kohtelua terveyskeskuksessa asioidessaan päihdeasioissa.

Taulukko 21, Asiakkaan kohtelu palveluissa

Kohtelu	Hyvin	Huonosti	Ei hyvin eikä huonosti	Yhteensä
Päihdehoitopaikoissa	29 % (n=50)	1,2 % (n=2)	23 % (n=43)	53 % (n=95)
Mielenterveyshoitopaikoissa	76 % (n=131)	3,5 % (n=6)	10 % (n=17)	90 % (n=154)
Terv.keskuksessa mielenterveysasioissa	41 % (n=71)	16 % (n=27)	23 % (n=40)	80 % (n=138)
Terv.keskuksessa päihdeasioissa	10 % (n=18)	13 % (n=23)	30 % (n=52)	53 % (n=93)

Katsoin myös ristiintaulukoinnin avulla vastaukset siten katsottuna, oliko vastannut päihdepalveluiden käyttäjä vai mielenterveyspalveluiden käyttäjä. Vastaajiahan oli yhteensä päihdepalveluissa 32 % (n=52). Päihdepalveluissa olevat henkilöt vastasivat, että heitä oli kohdeltu hyvin. Alle vuodesta yli viiteen vuoteen olleista henkilöistä 48 henkilöä vastasi näin. Huonoa kohtelua päihdepalvelujen käyttäjistä oli saanut vain kaksi vastannutta. Ei lainkaan päihdepalveluissa olevista 36 vastaajaa vastasi ettei kohtelu ole ollut hyvää eikä huonoa.

Mielenterveyspalveluiden käyttäjiä oli yhteensä 151. Mielenterveyspalveluiden käyttäjät olivat sitä mieltä, että kohtelu oli hyvää. 124 vastaajaa, jotka olivat olleet mielenterveyspalveluissa alle vuodesta yli viiteen vuoteen vastasi että palvelu oli ollut hyvää. Huonoa kohtelua alle vuodesta viiteen vuodesta palveluissa olevista henkilöistä oli saanut yhteensä 3 vastaajaa. Vastanneista, jotka eivät olleet käyttäneet lainkaan mielenterveyspalveluita, vastasi 6 ihmistä, että ei ollut saanut hyvää eikä huonoa kohtelua mielenterveyspalveluissa.

6.10 Asiakkaiden konkreettiset toivomukset hoidosta

Tutkimuskysymyksessä haettiin vastausta siihen, mitä konkreettisia asioita asiakkaat haluaisivat hoidoltaan. Toiminnallisuus on tärkeä osa-alue myös hoidossa. Kysyin asiakkailta siksi, kuinka hyvänä he kokevat ohjaamisen toiminnallisuuteen. Tässä kyselyssä 53 % (n=91) oli sitä mieltä, että mielenterveyspalveluissa ohjataan toiminnallisuuden erittäin usein. 7 % (n=13) oli sitä mieltä, että ohjausta tapahtuu harvoin. Ei harvoin eikä usein vastasi 23 % (n=39). Vain 19 % (n=32) oli sitä mieltä, että päihdehoitopaikoissa ohjataan toiminnallisuuteen usein. 1,8 % (n=3) vastanneista oli sitä

mieltä, että päihdehoitopaikoissa ohjataan toiminnallisuuteen harvoin. 29 % (n=50) vastasi että ei harvoin eikä usein kysymykseen. Tämä oli suurin osa vastaajista.

Taulukko 22, Toiminnallisuuteen ohjaaminen

Ohjaaminen toiminnallisuuteen	Usein	Harvoin	Ei harvoin eikä usein	Yhteensä
Mielenterveyspaikoissa	53 % (n=91)	7 % (n=13)	23 % (n=39)	83 % (n=143)
Päihdehoitopaikoissa	19 % (n=32)	1,8 % (n=3)	29 % (n=50)	50 % (n=75)

Avoin kysymys 16, jossa kysyttiin millaista ohjausta voisi lisätä, toi myös asiakkailta toiminnallisuuteen viittaavia asioita. Sain asiakkaiden vastauksista mm. seuraavia pelkistettyjä: Ohjattua mielekästä tekemistä, tekemistä, toimintaa, yhteisiä juttuja, yhdessä tekemistä, enemmän aktiviteetteja. Vastauksia oli yhteensä 14 (N=14).

Ohjattua mielekästä tekemistä, retket, yhdessä tekemistä, erilainen perjantai, päiväkeskukseen työntekijä, enemmän aktiviteetteja, liikunnallista, kuntouttavia leirejä perheenjäsenille, intohimoiset keskustelunaiheet muodostivat alakategorian aktiviteetit. Siinä asiakkaat toivat esille erilaisia tekemiseen viittaavia toiveita.

”Yhteisiä juttuja”

”...Retkiä, yhdessä tekemistä.”

”...Toivottaville enemmän aktiviteetteja.”

”Erilainen perjantai...”

Taulukossa 12 on kerrottu, mitä muita alakategorioita ilmaisuista muodostui.

Taulukossa on myös muut irrallisiksi jääneet ilmaisut, jotka ovat:: työkuntoutusta, yhdistetty apu mielenterveys- ja päihdeongelmiin, tietoa, vertaistukea, kahvikassan perustaminen, taitoja selviämiseen, terveyskeskuspalvelut ja klinikat yhteistyöhön.

”Vertaistuellista intohimoisiin aiheisiin...”

”Voisitte perustaa kahvikassan...”

Taulukko 23, Ohjauksen lisääminen (N=14)

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Ohjattua mielekästä tekemistä (f=1), retket (f=1), yhdessä tekemistä (f=3), tekemistä (f=3), erilainen per-jantai (f=1), päiväkeskukseen työntekijä (f=1), liikunnallista (f=1), kuntouttavia leirejä perheenjäsenille (f=1), intohimoiset keskustelunaiheet (f=1)	Aktiviteetit (f=13)
Yhdistetty apu mielenterveys- ja päihdeongelmiin (f=1), terveyskeskuspalvelut ja klinikat yhteistyöhön (f=1), kommunikaation tukeminen palvelujen välillä (f=1)	Palvelujen yhteistyön lisääminen (f=3)
Työkuntoutus (f=1), työkykyisyys (f=1)	Työkykyisyyden huomiointi (f=2)
Kahvikassan perustaminen (f=1), tietoa (f=1), vertaistuki (f=1), taitoja selviämiseen (f=1)	(f=4)

Kysymys 17, jossa kysyttiin millaista ohjausta asiakas haluaisi vähemmän, kuului myös tutkimusongelmaan asiakkaan hoidon konkreettisista toivomuksista. Vastauksia oli kysymykseen yhteensä vain 7 (N=7). Vastaajat olivat sitä mieltä, että vähentää voisi pelkkää puhetta, paperivalistusta, saarnausta ja paapomista ja lisäksi joustavuutta sellaisille, jotka tietävät mitä itseltä vaatia sekä pakko-ohjausta. Vastauksissa todettiin, että minkäänlaista ei tulisi vähentää ja ottaen huomioon potilaan tarpeet.

Tähän tutkimusongelmaan haettiin vastausta siihen, millaisia konkreettisia asioita asiakkaat hoidoltaan toivovat. Ohjauksessa voisi tulosten mukaan kiinnittää huomiota asiakkaan tarpeisiin. Myös joustavuutta sellaisille, jotka tietävät mitä itseltä vaatia liittyi tähän. Nimesin tämän pääkategorian ”tarpeiden huomiointi ohjauksessa”.

”...tietty potilaan tarpeiden mukaan.”

Pelkkää puhetta, paperivalistus, saarnaus, paapominen ja pakko-ohjaus eivät ole pitkäkantoisia ohjausmuotoja, joten yhdistin ne pääkategoriaan tehottomat ohjausmuodot.

”paperi valistusta”

Taulukko 24, Ohjauksen vähentäminen (N=7)

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Paapominen (f=1), turha paperivalistus (f=1),saarnaus (f=1),pakko-ohjaus (f=1) pelkkä puhe (f=1)	Tehottomat ohjausmuodot (f=5)
Ottaen huomioon potilaan tarpeet (f=1), joustavuutta niille jotka tietävät mitä itseltä vaatia (f=1)	Tarpeiden huomiointi ohjauksessa (f=2)
Ei minkäänlaista (f=1)	(f=1)

6.11 Yhteenveto tuloksista

Asiakkaiden mielestä mielenterveyspalveluihin pääsee helposti ja päihdepalveluihin pääsee myös enemmistön mielestä. Mielenterveyspalveluihin pääsy koettiin itse asiassa kaikista helpoimpana. 71 % (n=122) vastasi, että mielenterveyspalveluihin pääsee helposti. 11 %:n (n=19) mielestä mielenterveyspalveluihin ei pääse helposti.

Hankalimpana pääsy koettiin terveyskeskukseen päihdeasioissa. 17 % (n=29) mielestä se oli vaikeaa, ja helppoa vain 15 %:n (n=25), eli jopa suuremman osan mielestä se oli vaikeaa. Päihdepalveluihin pääsy koettiin helppona, mutta vastausprosentti oli tähän vähäisempi kuin muihin kysymyksiin. 76 % (n=130) vastasi kysymykseen. Päihdepalveluihin pääsi 38 % (n=65) mielestä hyvin ja ei päässyt 3 %:n (n=5) mielestä hyvin. Melkein puolet oli vastannut että ei samaa tai eri mieltä.

Jatkohoidon ongelmat, joita on kuvattu aikaisemmissa tutkimuksissa, näkyivät tämän tutkimuksen tuloksissa siten, että jatkohoitoon oli enemmistön 52 % (n=90) mielestä helppo päästä ja jatkohoitoon ei ollut helppo päästä 27 %:n (n=17) mielestä. Jatkohoitoon pääsemisessä on edelleenkin korjailemisen varaa.

Asiakkaat olivat saaneet apua mielenterveysongelmaan tulosten mukaan hyvin. 80 % (n=137) oli saanut apua. Apua mielenterveysongelmaan ei ollut saanut vain 5 % (n=8). 48 vastaajaa 66:sta oli saanut apua päihdeongelmaan. 18 (10 %) vastaajaa ei ollut saanut apua päihdeongelmaan.

Apua mielenterveysongelmaan oli tulosten mukaan saatu avomielenterveyshoitopaikoista (f=76), terveysasemalta (f=24), henkilökunnalta (f=15), sairaaloista (f=12) ja asumisyksiköistä (f=10).

Päihdeongelmaan apua oli saatu päihdehoitopaikoista (f=45), terveyskeskuksen palveluista (f=6), avomielenterveyshoitopaikoista (f=6), asumisyksiköistä (f=4) ja kuntouttavista yksiköistä (f=2).

Vastausmäärän perusteella valmius auttaa terveysasemalla mielenterveysasioissa on hyvä. Näin vastasi 44 % (n=76). Tässä väittämässä vastaajia oli kuitenkin eniten, yhteensä 156. Toisaalta taas samasta väittämästä oltiin myös kaikista väittämistä eniten eri mieltä. 27 %:n (n=46) mielestä terveysasemalla ei ole valmiuksia auttaa mielenterveysasioissa. Vähiten eri mieltä oltiin kuitenkin väittämästä, että mielenterveystyöntekijällä on valmiuksia auttaa päihdeongelmaista. Tuloksissa näkyy kuitenkin se, että valmiudet eivät ole missään paikoissa niin hyviä kuin voisivat olla. Valmiuksia voisi siis kehittää.

Hyvän mielenterveystyöntekijän valmiuksiin kuului tulosten mukaan seuraavat asiat: inhimillinen, ohjeita antava, ulospäin suuntautuva, ei vähättele, jaksaa kannustaa, tietoa antava, ammattitaitoinen ja luottamusta herättävä. Kaikista tärkeimpänä pidettiin inhimillisyyttä, tähän kategoriaan kuuluvan asian oli jokainen vastaaja vastannut 67 (n=67) vastauksesta, sillä mainintoja alakategoriaan oli 67 (N=67).

Päihdetyöntekijöiden kuvailujen kohdalla vastauksissa tuli esille mm. asiakaslähtöisyys, inhimillisyys, ymmärtäväisyys, kokemus ja tieto. Alakategoriat jakautuivat melko tasaisesti, mutta tärkeimpiä niistä olivat asiakaslähtöinen, inhimillinen, ymmärtäväinen, kokemusta ja tietoa sekä ohjaava -alakategoriat saivat jokainen kuusi mainintaa.

Suurimmaksi osaksi asiakkaat toivoivat tuloksissa päihdetyön kehittämistä. Vastaajamäärän perusteella eniten tuloksissa toivottiin kokemusasiantuntijuuden 27 % (n=46)

lisäämistä. Toiseksi eniten 24 % (n=42) haluttiin lisätä vertaistukea. Vähiten toivottiin vaihtoehtoa, jossa ehdotettiin koko järjestelmän uusimista.

Mielenterveystyön kehittämisen kohdalla eniten toivottiin myös kokemusasiantuntijuuden 41 % (n=70) lisäämistä ja toiseksi eniten vertaistuen lisäämistä 39 % (n=67). Vähiten haluttiin samoin kuin päihdepaikoissa koko järjestelmän uusimista, 33 % (n=56) vastaajista vastusti sitä.

Muita ehdotuksia mielenterveyspalveluiden kehittämiseen, joita asiakkaat saivat tuoda esille, oli tulosten mukaan alakategoriat laajemmin palveluita (f=3) ja tietoa päihdeasioista (f=3).

Työntekijän apuihin liittyen lääkehoitoa oli saanut 90 % vastaajista, kuuntelemisesta oli saatu apua toiseksi eniten, 151 vastaajaa 155:stä oli kokenut, että häntä oli kuunneltu, joten avunsaamisen osalta voidaan katsoa, että työntekijän antamasta avusta on ollut apua. Myös avoimien kysymysten tuloksista ilmeni, että apua työntekijältä oli koettu saaneen. Yleisin avun muoto oli auttaminen (alakategoria).

Osallisuuden toteutumista kysyttiin kysymällä mihin asioihin asiakas haluaisi enemmän vaikuttaa päihdehoidossa. Tuloksissa alakategorioista eniten mainintoja saaneet olivat asiakkaan tukeminen (f=6) ja vaikuttaminen käyntien määrään (f=5). Tuloksen mukaan alakategorioita olivat vielä asiakkaan kuuntelu, aktiviteetit ja lääkehoidollisesti vaikuttaminen.

Mielenterveyshoidossa osallisuus kysyttiin myös kysymällä, mihin asiakas haluaisi vaikuttaa mielenterveyshoidossa. Tuloksina oli alakategorioita, joista tärkeimmät olivat ei-lääkehoidolliset tuen muodot (n=7) ja vaikuttaminen käyntien määrään (n=5).

Asiakkaita oli kohdeltu parhaiten 76 % (n=131) mielenterveyshoitopaikoissa. Eniten vastaajia huonosti kohtelun kohdalla oli terveyskeskuksessa mielenterveysasioissa 16 % (n=27) asioidessa. Kaikista huonointa kohtelua oli saatu terveyskeskuksessa päihdeasioissa, sillä vastanneet olivat saaneet enemmän huonoa kohtelua kuin hyvää kohtelua siellä. Huonosti oli kohdeltu tuloksen mukaan yhteensä 23:a vastaajaa (13 %), ja hyvin oli kohdeltu 18:sta vastaajaa (10 %:a).

Asiakkaiden ohjaaminen toiminnallisuuteen oli hyvää tulosten mukaan. Mielenterveyshoitopaikoissa 91 (n=91) vastaajaa koki, että häntä ollut ohjattu toiminnallisuuteen. Vastaajista 7 % (n=13) oli sitä mieltä, että häntä ei ollut ohjattu toiminnallisuuteen. Päihdehoitopaikoissa 19 % (n=32) koki, että häntä oli ohjattu toiminnallisuuteen. Se oli hyvin, sillä vastaajien määrä oli tässä kohtaa vähäisempi, sillä kokonaisvastaajien määrä oli 75 (N=75), kun äskeisessä oli 143.

Ohjauksen lisääminen keskittyi vastauksissa seuraaviin tuloksiin, jotka on luokiteltu alakategorioihin. Tulosten mukaan toivottiin enemmän aktiviteetteja. Vähemmän tuloksissa toivottiin taas tehottomia ohjausmuotoja. Palvelujen yhteistyö keskenään mainittiin myös kehittämiskohtana kun kysyttiin ohjauksen tarvetta.

Yhteenvedon voidaan todeta, että asiakkaan osallisuus toteutuu hyvin ja asiakas saa apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin muun muassa avomielenterveyshoitopaikoista, päihdehoitopaikoista, sairaaloista, terveyskeskuksen palveluista sekä työntekijöiltä. Hoitoon pääseminen on helppoa, mutta jatkohoitoon pääsemisessä on kehittämistä. Kokemusasiantuntijuutta ja vertaistukea tulisi lisätä sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa. Vaikuttamista pitäisi lisätä hoidossa käyntien määriin sekä mielenterveys- että päihdehoitopaikoissa ja asiakkaan tukemista tulisi lisätä päihdehoitopaikoissa. Eiläkehoidolliset tuen muodot tulisi ottaa huomioon enemmän mielenterveyshoidossa. Sekä mielenterveys- että päihdetyössä hyvän työntekijän valmiuksiin kuuluu asiakkaiden mielestä inhimillisyys. Päihdetyössä tärkeämpää oli asiakaslähtöisyys. Palveluiden välillä tulisi tehdä yhteistyötä myös enemmän. Kehittämistä on asiakkaan kohtelemisen osalta terveyskeskuksissa. Myös terveysaseman valmiuksia auttaa mielenterveys- ja päihdeasiakasta pitäisi parantaa. Asiakkaan ohjauksessa pitäisi kiinnittää enemmän huomiota aktiviteetteihin ohjaamiseen. Toisaalta ohjaaminen toiminnallisuuteen oli kuitenkin hyvää. Ohjausmuodoista tehottomia ohjausmuotoja tulisi vähentää.

7 POHDINTA

Asiakkaan osallisuus palveluissa on moniulotteinen käsite. Kaikki aihepiirit, joita tässä tutkimuksessa kartoitan, liittyvät jollain tavalla asiakkaan osallisuuteen. Asiakkaalla on oltava informaatiota, esimerkiksi omasta hoidostaan, ja siitä, mitä päätöksiä mil-

loinkin tehdään. On myös huomioitava vaikuttamisen tärkeys. Kun on kyse asiakkaan hoidosta, on asiakkaalla oltava oikeus vaikuttaa omaan hoitoon, ja olla osallinen hoitoon liittyviin asioihin, sekä hoitoon pääsyn tärkeys, eli mikäli asiakas itse kokee tarvitsevänsä hoitoa, tulisi asiakkaalla olla oikeus saada hoitoa. Tähän on jopa laki olemassa. Avun saamisen tärkeys on siten osa osallisuutta, sillä avun saamisen ”huonoksi koetut tavat ja käytännöt” heikentävät avunsaamisen ja avun vastaanottamisen mahdollisuutta ja vaikuttavuutta.

Oma käsitykseni asiakkaan ajatuksista ja toivomuksista palveluiden ja hoidon suhteen laajeni. Asiakkaan osallisuus on tärkeää kaikkialla hoitoalalla, vaikka mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovatkin oma ryhmänsä muiden joukossa ja poikkeaa monista muista asiakasryhmistä. Tulevaisuudessa monista opinnäytetyön tuloksista ja oppimistani aihealueista on varmasti hyötyä.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä kohtaa vertailen saamiani tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa asiakkaat ovat saaneet apua päihdeongelmiin muun muassa asumisyksikön palveluista aivan kuin tässäkin tutkimuksessa. 3 (f=3) oli saanut apua asumisyksikön kautta. Granfeltin tutkimuksessa kerrotaan asumisyksikössä asuvista entisistä päihteiden käyttäjistä, jotka ovat saaneet apua asumisyksikön tavasta päihdeettömään elämään.

Apua tässä tutkimuksessa oli saatu kuitenkin eniten päihdeongelmiin tulosten mukaan päihdehoitopaikoista (n=45). (Ks. taulukko 10) Tosin tässä tutkimuksessa vastanneet olivat avomielenterveys- ja avopäihdehuollon palveluiden piirissä kyselyyn vastamishetkellä.

Palveluihin pääseminen koettiin enimmäkseen helppona, mutta siinä on kehittämisen varaa. Kehittämistä avunsaamisessa on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Aivan kuin jatkohoitoon pääsyssä tässä tutkimuksessa, on aikaisemmissakin tutkimuksissa havaittu myös ongelmia. (vrt. Halonen 2005: 37 - 38, 43.)

Hyvä mielenterveystyöntekijä ja päihdetyöntekijä tämän tutkimuksen tuloksissa on inhimillinen (ks. taulukko 12 ja 13). Samanlaisia ajatuksia olin havainnut myös aikai-

semmissä tuloksissa. Kokon tuloksissa hyvä työntekijä oli muun muassa sellainen, joka arvostaa ihmistä ja on inhimillinen. (vrt. Kokko 2004, 86, 87.) Myös ammattitaitoinen mainittiin tärkeänä ominaisuutena Kokon tutkimuksen tuloksissa. Ammattitaito oli myös tässä tutkimuksessa yksi alakategorioista hyvän mielenterveystyöntekijän ominaisuuksissa. (ks. taulukko 12)

Tässä tutkimuksessa kokemusasiantuntijuuden lisääminen ja vertaistuen lisääminen saivat kannatusta eniten (ks. taulukko 14).

Laitilan tutkimuksessa vertaistuki oli kaikista tärkein apua vastanneille. (Laitila 2010: 102.)

Edellisissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että monet kokivat tarvitsevänsä lisää tekemistä palveluiden piiriin. (Vrt. Laitila 2010: 99.) Asiakkaat toivoivat työntekijöiden aikaisemmissä tutkimuksissa osaavan ohjata erilaisiin tekemisien piiriin, jotta niin sanotut vanhat kuviot eivät pääsisi tulemaan takaisin elämään. Myös tässä tutkimuksessa asiakkaat kaipaivat enemmän aktiviteetteja palveluihin (ks. taulukko 19 ja 23).

Tässä tutkimuksessa asiakkaat kokivat, että heitä on kuunneltu ja he olivat saaneet osallistua hoitoon liittyviin asioihin (ks. taulukko 17), mutta toisaalta asiakkaat olivat myös sitä mieltä, että heitä tulisi kuulla enemmän (ks. taulukko 14). Tutkimissani aikaisemmissä tutkimuksissa on ilmennyt myös samankaltaisia tuloksia. Ikolan tutkimuksessa asiakkaat kokivat, että heidän mielipiteitään ei ollut kuultu, vaikka niitä oli kysytty. (Ikola 2010: 48, 49.)

7.2 Luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukseen vastasi 171 asiakasta 250:tä asiakkaasta. 171 vastausta on paljon. Tutkimus on siten myös vertailtavissa muihin samankaltaisiin tutkimuksiin sekä aikaisempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Tutkimusta pystytään hyödyntämään mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä.

Kyselylomakkeen tekemisessä olisi voinut ottaa huomioon paremmin sen, että asiakkaalla ei välttämättä ole kokemusta asiasta eli olisi voinut olla vaihtoehtoton vastausvaihtoehto. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää tietyllä tavalla se, että kyselyyn vastasi enemmän mielenterveysasiakkaita kuin päihdeasiakkaita. Olen kuitenkin tutki-

muksessa ristiintaulukoinnin avulla katsonut ja vertaillut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla olevia vastauksia, joten se taas tuo esille tasapuolisesti molempien näkemyksiä. Monien kysymysten kohdalla huomasin kuitenkin, että mikäli asiakas ei ollut esimerkiksi mielenterveysasiakas, jätti hän usein vastaamatta juuri mielenterveyspalveluita koskevaan kysymykseen tai vastasi tuolloin olevansa ”ei samaa tai eri mieltä” asiasta. Jos kyseessä ei ollut päihdeasiakas, jätti hän vastaamatta usein päihdepalveluita koskevat kysymykset tai vastasi olevansa ”ei samaa tai eri mieltä”. Tietenkin on otettava huomioon se, että joillakin päihdeasiakkailta voi hyvin olla kokemusta mielenterveysasioistakin ja he ovat voineet asioida myös mielenterveysasioissa eri yksiköissä. Myös mielenterveysasiakkailta voi olla kokemusta päihdeasioista, joten hekin ovat voineet tuolloin vastata päihdeasioita koskeviin kysymyksiin ja tämä on ollut ihan oikein vastata, mikäli jotakin näkemystä asiasta on asiakkaalla ollut. Kysely oli kuitenkin suunnattu sekä mielenterveys että päihdeasiakkaille.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että lähteitä on käytetty paljon ja ne ovat monipuolisia sekä luotettavia. Aikaisemmat tutkimukset painottavat samoja asioita kuin tämäkin opinnäytetyö. Tutkimusongelmat kohtaavat myös käytettyjen lähteiden kanssa siten, että tutkimusongelmat on muodostettu ottaen huomioon aikaisempien tutkimusten tulokset. Tuloksissa on myös monia samanlaisia piirteitä, ja samojakin tuloksia kuin aikaisemmissa tutkimustuloksissa, jotka liittyvä samaan aihepiiriin.

7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimus ehdotukset

Palveluita kehitetään koko ajan, joten tässä kohtaa saamiani tuloksia voidaan tulevaisuudessa verrata uusiin samankaltaisiin tuloksiin sillä ajatuksella, ovatko mielenterveys- ja päihdepalvelut parantuneet tämänhetkisestä tilanteesta. Tutkimus on siksi ajan-kohtainen, että palveluita pyritään koko ajan kehittämään asiakaslähtöisimmiksi ja yhteneväisemmiksi.

Lisäksi palveluita pystytään kehittämään alueellisesti tutkimuksen perusteella. Tutkimuksessa on konkreettisesti käyttökelpoisia ja hyödynnettäviä asioita palveluille ja niissä toimiville työntekijöille käytettäväksi. On tärkeää, että muun muassa hoitohenkilöstö ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa toimivat ihmiset sekä henkilöt, jotka yrittävät rakentaa ja kehittää toimivampia palveluita asiakkaille, saisivat lisää

tietoa asiakkaiden kokemuksista ja hoidon tukevista puolista. Tämän vuoksi asiakkaan mielipide on hyvin tärkeä palveluita kehittäessä.

LÄHTEET

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus: saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee> [viitattu 21.2.2012].

Kymen A-klinikkatoimi, toimintakertomus ja tilastot 2009. A-klinikan internetsivut. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/tiedostot/Kymen%20A-klinikkatoimi%20Toimintakertomus%20ja%20tilastot%202009.pdf> [viitattu 25.4.2012].

Alho H., Forsell M., Jääskeläinen M., Partanen A. & Virtanen A. 2010. Huumeiden käyttö Suomessa 2010. THL ja EMCDDA <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200> [viitattu 16.12.2011].

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. 2010. Hankesuunnitelma. Sopeutettu 31.5.2010. Kouvola kaupungin internetsivut: Saatavissa: http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder_240/5vNIYxbRU/sopeutettu_hankesuunnitelma_Vantaa.pdf [viitattu 25.4.2012].

Granfelt, R. Päihteettömien päivien talo – tutkimus Kivitas-kuyhteisöstä asukkaiden tulkitsemana. Ympäristöministeriö. Ympäristö.fi-internetsivut. Saatavissa: <http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=30613> [viitattu 25.4.2012].

Halila, R., Lahti, P., Lehto M., Pihlainen A., Putkonen H. & Vuorela H. 2009. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Mielenterveysetiikka – sinulla ja minulla on moraalinen vastuu http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf [viitattu 25.7.2011].

Heikkilä T. 2002. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Halonen, M. 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Pro gradu –tutkielma, Oulu. http://projektit.a-klinikka.fi/uuuko/sites/projektit.a-klinikka.fi.huuko/files/Gradu%20Halonen_0.pdf [viitattu 3.4.2012].

Hiltunen, A. 2010. Tgiangeli- hanke loppuraportti, Hamina, Kotka, Miehikkälä, Pyhtää, Virolahti Kymen A-klinikkatoimi: http://www.a-klinikka.fi/kymi/tiedostot/triangeli_loppuraportti_2010.pdf [viitattu 12.10.2011].

Holopainen & Pulkkinen, 2002

Huumausainelaki (kumottu) 17.12.1993/1289.

Ikola, P. 2010. Jyväskylän yliopisto. pro gradu –tutkielma. Päihdepalvelujen nykyisyys ja tulevaisuus. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24314/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201006082011.pdf?sequence=1> [viitattu 25.4.2011].

Jatkola, V. & Rintala, T. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa, (mielenterveyspalveluita ohjaavan lainsäädännön toimivuus) http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf [viitattu 23.2.2012].

Kallinen-Kräkin S. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9 (Kaste – ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011) (koko julkaisu) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf [viitattu 23.2.2012].

Kokko, S. 2004. Oulun yliopisto. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273435/isbn9514273435.pdf> [viitattu 11.11.2011].

Kuussaari, K. & Ruuth, P. 2008. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2007. Tilastotiede 21:2008. Stakes. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt21_08.pdf

Kekki, T. & Partanen, A. 2008. Stakes. Päihdepalvelujen seudullinen kehitys 2008. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T38-2008-VERKKO.pdf> ks.20[viitattu 11.11.2011].

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka, Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys, Vastapaino.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf[viitattu 11.11.2011].

Läksy & Räsänen. Teoksessa Psykiatrinen diagnostiikka. Mäyränpää. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatrinen_diagnostiikka [viitattu 24.2.2011].

Metsämuuronen Jari, Tutkimuksen tekemisen perusteet, 2008

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, viitattu 12.12.2011 www.finlex.fi <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>[viitattu 11.11.2011].

Mielen avain hankkeen internetsivut. <http://www.mielenavain.fi/3>

Mietippä –hankkeen internetsivut. Saatavissa: http://www.a-klinikka.fi/kymi/mietippa_hanke[viitattu 4.5.2011].

Myllykangas, A. 2009. Mikä auttaa masennuksessa? Sosiaalinen tuki nuorten mielenterveysasiakkaiden selviytymistarinoiden näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22973/URN%3aNB%3afi%3aju-201002191262.pdf?sequence=1>[viitattu 4.3.2011].

Partanen, M-L. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>[viitattu 4.3.2011].

Perälä, R. 2007. Yhteiskuntapolitiikka 72. Saatavissa:

<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/D88CEA67-C957-4B65-9A88-B38401272023/0/073perala.pdf> [viitattu 4.3.2011].

Paaso, K. & Kotovirta, E. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2009.

Huumausainepolitiikan kehitys v.2008 valtioneuvostol-

le.http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10083.pdf [viitattu 3.3.2011].

Päihdehuoltolaki 17.11986/41 www.finlex.fi

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> [viitattu 4.3.2011].

Ruuth, P. & Väänänen, T. Päihdehuollon huumeasiakkaat. 2008. 24.9.2009. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr14_09.pdf [viitattu 3.3.2011].

Seppänen, P. 2010. Mitä kieltä teillä puhutaan? Nuoren osallisuuden tukeminen sosi-

aali- ja mielenterveystyön kommunikaatiokulttuurissa. Pro gradu –tutkielma. Itä-

Suomen yliopisto. [http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110011/urn_nbn_fi_uef-20110011.pdf)

[20110011/urn_nbn_fi_uef-20110011.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110011/urn_nbn_fi_uef-20110011.pdf) [viitattu 21.2.2012].

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf [viitattu 4.10.2011].

Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta 667/2009.

Vanhanen, L. & Kyngäs, H. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol.11. Oulun yliopisto.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Kusannuspaikka: PS-kustannus.

Valvira. Sosiaali- ja terveydenalan lupa- ja valvontavirasto. Internetsivut. Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon_maa raaminen [viitattu 4.10.2011].

Viinanmäki, L. 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUITA KOSKEVA TUTKIMUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden kokemukset käyttämistään palveluista kuuluviin ja huomioida ne Etelä-Kymenlaakson alueen palvelujen kehittämisessä. Vastauksiasi käytetään ainoastaan tutkimuksen toteuttamiseen, jonka jälkeen ne hävitetään suojatusti. Sinua ei pystytä tunnistamaan vastanneiden joukosta, sillä tutkimuksen vastauksia ei lainata suoraan mihinkään, vaan vastaukset tilastoidaan ja lopullinen tutkimustulos tulee olemaan vastanneiden yhteistulos. Osallistumalla vaikutat mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseen ja annat tärkeää tietoa asiakkaiden näkökulmasta. Asiakkaan näkökulmaa tullaan painottamaan yhä enemmän liittyen heidän palveluiden kokonaisuuteen. Kysely on lyhyt, mutta vaatii kuitenkin hetken aikaasi vastaamiseen.

Asteikkokysymyksissä ympyröi sopivimman vaihtoehdon numero.

1. Ikä_____ vuotta.

2. Sukupuoli. 1 Nainen
 2 Mies

	En lainkaan	Alle vuoden	1 – 5 vuotta	Yli 5
3. Olen käyttänyt mielenterveyspalveluja	1	2	3	4
4. Olen käyttänyt päihdepalveluja	1	2	3	4

5. Olen käyttänyt terveyskeskuksen palveluita	Kyllä	En
a) mielenterveysongelmiin	1	2
b) päihdeongelmiin	1	2

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
6. Hoitoon pääseminen					
a) Päihdepalveluihin pääsee helposti	1	2	3	4	5
b) Mielenterveyspalveluihin pääsee helposti	1	2	3	4	5
c) Terveysasemalle mielenterveysasioissa pääsee helposti	1	2	3	4	5
d) Terveysasemalle päihdeasioissa pääsee helposti	1	2	3	4	5
e) Jatkohoitoon pääsee tarvittaessa helposti	1	2	3	4	5

7. Kokemuksia palveluista

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Olen hakenut apua monesta eri paikasta päihdeasioihin	1	2	3	4	5
b) Olen hakenut apua monesta eri paikasta mielenterveysasioihin	1	2	3	4	5
c) Mielenterveystyöntekijällä on valmiuksia auttaa päihdeongelmaista	1	2	3	4	5
d) Päihdetyöntekijällä on valmiuksia auttaa mielenterveysongelmaista	1	2	3	4	5
e) Terveysasemalla on valmiuksia auttaa päihdeasioissa	1	2	3	4	5
f) Terveysasemalla on valmiuksia auttaa mielenterveysasioissa	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
8. Olen saanut apua					
a) Mielenterveysongelmaan	1	2	3	4	5
b) Päihdeongelmaan	1	2	3	4	5

9. Mistä olet saanut apua

- a) Mielenterveysongelmaan _____
- b) Päihdeongelmaan _____

10. Millaista apua olet saanut työntekijältä?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Minua on kuunneltu	1	2	3	4	5
b) Olen saanut osallistua hoitooni liittyviin asioihin	1	2	3	4	5
c) Minua on autettu päivittäisten asioiden ratkomisessa	1	2	3	4	5
d) Olen saanut lääkehoitoa	1	2	3	4	5
e) Olen saanut tietoja mielenterveysasioista	1	2	3	4	5
f) Olen saanut tietoja päihdeasioista	1	2	3	4	5
g) En ole saanut minkäänlaista apua mielenterveysasioihin	1	2	3	4	5
h) En ole saanut minkäänlaista apua päihdeasioihin	1	2	3	4	5
i) Jotain muuta? _____					

11. Mihin/millaisiin asioihin haluaisit vaikuttaa enemmän päihdehoidossasi? _____

12. Mihin/millaisiin asioihin haluaisit vaikuttaa enemmän mielenterveyshoidossasi? _____

13. Miten sinua on kohdeltu?

	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Ei huonosti eikä hyvin	Melko hyvin	Erittäin hyvin
a) päihdehoitopaikoissa	1	2	3	4	5
b) mielenterveyshoitopaikoissa	1	2	3	4	5
c) terveyskeskuksessa mielenterveysasioissa	1	2	3	4	5
d) terveyskeskuksessa päihdeasioissa	1	2	3	4	5

	Erittäin harvoin	Melko harvoin	Ei harvoin eikä usein	Melko usein	Erittäin usein
14. Mielenterveyshoitopaikoissa ohjataan toiminnallisuuteen	1	2	3	4	5
15. Päihdehoitopaikoissa ohjataan toiminnallisuuteen	1	2	3	4	5

16. Millaista ohjausta voisi lisätä? _____

17. Millaista ohjausta voisivähentää? _____

18. Millainen on hyvä mielenterveyshoitotekijä? _____

19. Millainen on hyvä päihdetyöntekijä? _____

20. Miten haluaisit kehittää päihdetyötä?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Asiakkaiden toiveita kuultaisiin enemmän	1	2	3	4	5
b) Kokemusasiantuntijuuden lisääminen (kokemusasiantuntija= henkilö, jolla on omakohtaisia kokemuksia omaisena, tuttuuna, itse kokeneena tai kärsivänä mielenterveys- tai päihdeongelmista)	1	2	3	4	5
c) Vertaistuen lisääminen	1	2	3	4	5
d) Lisää koulutusta henkilökunnalle	1	2	3	4	5
e) Lisää hoitovaihtoehtoja	1	2	3	4	5
f) Koko järjestelmä tai suuri osa järjestelmästä tulisi suunnitella paremmin	1	2	3	4	5
f) Jotenkin muuten _____					

21. Miten haluaisit kehittää mielenterveystyötä?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
a) Asiakkaiden toiveita kuultaisiin enemmän	1	2	3	4	5
b) Kokemusasiantuntijuuden lisääminen (kokemusasiantuntija= henkilö, jolla on omakohtaisia kokemuksia omaisena, tuttuuna, itse kokeneena tai kärsivänä mielenterveys- tai päihdeongelmista)	1	2	3	4	5
c) Vertaistuen lisääminen	1	2	3	4	5
d) Lisää koulutusta henkilökunnalle	1	2	3	4	5
e) Lisää hoitovaihtoehtoja	1	2	3	4	5
f) Koko järjestelmä tai suuri osa järjestelmästä tulisi suunnitella paremmin	1	2	3	4	5
g) Jotenkin muuten _____					

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen, jossa kartoitetaan asiakkaan osallisuuden toteutumista mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Olen lukenut saateosion ja ymmärtänyt sisällön. Vastauksiani ei käytetä muuhun kuin tutkimuksen toteuttamiseen eli vastausten keräämiseen tutkimukseen ja tulosten julkaisemiseen.

Vain opinnäytetyön tekijä pääsee näkemään suorat vastaukset. Tutkimuksen tulosten keräämisen jälkeen kyselylomakkeet tuhotaan. Kaikki tiedot käsitellään koko ajan luottamuksellisesti ja vaitioloa noudattaen. Taitan itse kyselylomakkeen siten, että vastauksia ei näe ja laitan sen työntekijällä olevaan kirjekuoreen.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta hoitooni eikä mihinkään hoitooni liittyviin asioihin. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen koska tahansa.

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Päivämäärä___/___2012

Allekirjoitus_____

Yhteystiedot

Jenna Mäki, sairaanhoidonopiskelija

jenna.maki@student.kyamk.fi

puh. 040 5898978

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyö

Mielenterveys- tai/ja päihdetyöntekijälle

Olen viimeisen vuoden sairaanhoidonopiskelija, ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa Etelä-Kymenlaakson alueella.” Tutkimukseni kohderyhmä ovat mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelujen asiakkaat. Tutkimus tehdään Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishankkeelle (Mietippä -hanke)

Tutkimuksen toteutukseen tarvitsen myös teidän apuanne. Toteutus on seuraavanlainen: Toivon että vastaanoton yhteydessä kerrotte asiakkaalle tutkimuksesta, jonka tarkoituksena on tuoda asiakkaiden ajatukset mielenterveys- ja päihdepalveluista kuuluviin. Annatte asiakkaalle kyselylomakkeen ja kysytte halukkuutta osallistua tutkimukseen. Asiakkaalle on kyselylomakkeen alussa saatesanat, jossa on kaikki tarvittava tieto kyselytutkimuksesta.

Asiakkaan vastauksia käytetään vain tutkimuksen toteutukseen. Asiakkaan on tarkoitus täyttää kyselylomake heti vastaanoton yhteydessä. Työntekijä kokoaa jokaisen lomakkeen asiakkaan laittamana tatettuna yhteen isoon kirjekuoreen, jossa päällä opinnäytetyön tekijän nimi ja yhteystiedot. Kun kaikki 50 kyselylomaketta on saatu kerättyä, opinnäytetyön tekijä hakee kirjekuoren ja sisällä olevat lomakkeet.

Asiakkaalla on täysi oikeus halutessaan kieltäytyä vastaamasta kyselyyn. On tärkeää että työntekijä ei vaikuta mitenkään asiakkaan vastauksiin.

Opinnäytetyötäni ohjaavat lehtori Mirja Nurmi mirja.nurmi@kyamk.fi ja Mietippä -hankkeen projektityöntekijä Maarit Ruusu maarit.ruusu@a-klinikka.fi

Opinnäytetyön yhteystiedot

Jenna Mäki, sairaanhoitajaAMK opiskelija
jenna.maki@student.kyamk.fi
puh. 040 5898978
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali- ja terveysala Kotka

Mielenterveys- tai/ja päihdetyöntekijälle

Olen viimeisen vuoden sairaanhoidonopiskelija, ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa Etelä-Kymenlaakson alueella.” Tutkimukseni kohderyhmä ovat mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelujen asiakkaat. Tutkimus tehdään Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishankkeelle (Mietippä -hanke)

Tutkimus on asiakkaille suunnattu kyselylomake. Kyselylomake annetaan vain asiakkaille, joilla on itsellään mielenterveys- tai päihdeongelma tai niistä molemmat. Kyselylomake ei ole pitkä ja vie vastaajalta noin 5 minuuttia.

Tutkimuksen toteutukseen tarvitsen myös teidän apuanne. Toteutus on seuraavanlainen: Toivon että vastaanoton yhteydessä kerrotte asiakkaalle tutkimuksesta, jonka tarkoituksena on tuoda asiakkaiden ajatukset mielenterveys- ja päihdepalveluista kuuluviin. Annatte asiakkaalle kyselylomakkeen ja kysytte halukkuutta osallistua tutkimukseen. Asiakkaalle on kyselylomakkeen alussa saatesanat, jossa on kaikki tarvittava tieto kyselytutkimuksesta.

Asiakkaan vastauksia käytetään vain tutkimuksen toteutukseen. Asiakkaan on tarkoitus täyttää kyselylomake heti vastaanoton yhteydessä. Työntekijä kokoaa jokaisen lomakkeen asiakkaan laittamana tatettuna yhteen isoon kirjekuoreen, jossa päällä opinnäytetyön tekijän nimi ja yhteystiedot. Kun kaikki 50 kyselylomaketta on saatu kerättyä, opinnäytetyön tekijä hakee kirjekuoren ja sisällä olevat lomakkeet.

Asiakkaalla on täysi oikeus halutessaan kieltäytyä vastaamasta kyselyyn. On tärkeää että työntekijä ei vaikuta mitenkään asiakkaan vastauksiin.

Opinnäytetyötäni ohjaavat lehtori Mirja Nurmi mirja.nurmi@kyamk.fi ja Mietippä -hankkeen projektityöntekijä Maarit Ruusu maarit.ruusu@a-klinikka.fi

Opinnäytetyön yhteystiedot

Jenna Mäki, sairaanhoitajaAMK opiskelija
jenna.maki@student.kyamk.fi
puh. 040 5898978
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali- ja terveysala Kotka

TUTKIMUSONGELMAT JA MUUTTUJAT	SIVUNUMERO	KYSELYLOMAKKEEN KYSYMYKSET
<p>1. Miten päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja terveysasemalle ja jatkohoitoon pääsee?</p> <p>Muuttujat: palvelujen yhteneväisyys, hoitoonpääsyn matala kynnyks, jatkohoitoon pääsy</p>	<p>17, 18, 19</p> <p>18</p> <p>18, 19</p>	<p>6. a) Päihdepalveluihin pääsee helposti b) Mielenterveyspalveluihin pääsee helposti c) Terveysasemalle mielenterveysasioissa pääsee helposti d) Terveysasemalle päihdeasioissa pääsee helposti e) Jatkohoitoon pääsee tarvittaessa helposti</p>
<p>2. Miten asiakas on saanut hoitoa mielenterveys- tai päihdeongelmaan?</p> <p>Muuttujat: mielenterveysongelma, päihdeongelma, avunsaaminen, avunhakeminen</p>	<p>21, 22</p>	<p>7. a) Olen hakenut apua monesta eri paikasta päihdeasioihin b) Olen hakenut apua monesta eri paikasta mielenterveysasioihin</p> <p>8. Olen saanut apua a) Mielenterveysongelmaan b) Päihdeongelmaan</p> <p>9. Mistä olet saanut apua a) Mielenterveysongelmaan b) Päihdeongelmaan</p>
<p>3. Millaiset valmiudet mielenterveys- ja päihdetyöntekijöillä ja terveysasemalla on auttaa mielenterveys- ja päihdeasiakasta?</p> <p>Muuttujat: mielenterveystyöntekijä, päihdetyöntekijä, valmiudet auttaa</p>	<p>23, 24</p>	<p>7.c) Mielenterveystyöntekijällä on valmiuksia auttaa päihdeongelmaista d) Päihdetyöntekijällä on valmiuksia auttaa mielenterveysongelmaista e) Terveysasemalla on valmiuksia auttaa päihdeasioissa f) Terveysasemalla on valmiuksia auttaa mielenterveysasioissa</p> <p>Yhdistelmäkysymys 18. Millainen on hyvä mielenterveystyöntekijä? 19. Millainen on hyvä päihdetyöntekijä?</p>

<p>4. Miten päihdetyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä?</p> <p>Muuttujat: vertaistuki, kehittäminen, hoitovaihtoehdot, koulutus, palvelujärjestelmän uusiminen, kokemusasiantuntijuus</p>	<p>25, 26</p>	<p>20. Miten haluaisit kehittää päihdetyötä?</p> <p>a) Asiakkaan toiveita kuultaisiin enemmän</p> <p>b) Kokemusasiantuntijuuden lisääminen (kokemusasiantuntija= henkilö, jolla on omakohtaisia kokemuksia omaisena, tutuna, itse kokeneena tai kärsivänä mielenterveys- tai päihdeongelmista)</p> <p>c) Vertaistuen lisääminen</p> <p>d) Lisää koulutusta henkilökunnalle</p> <p>e) Lisää hoitovaihtoehtoja</p> <p>f) Koko järjestelmä tai suuri osa järjestelmästä tulisi suunnitella paremmin</p> <p>g) jotenkin muuten</p>
<p>5. Miten mielenterveystyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä?</p> <p>Muuttujat: vertaistuki, kehittäminen, hoitovaihtoehdot, koulutus, palvelujärjestelmän uusiminen, kokemusasiantuntijuus</p>	<p>25, 26</p>	<p>21. Miten haluaisit kehittää mielenterveystyötä?</p> <p>a) Asiakkaan toiveita kuultaisiin enemmän</p> <p>b) Kokemusasiantuntijuuden lisääminen (kokemusasiantuntija= henkilö, jolla on omakohtaisia kokemuksia omaisena, tutuna, itse kokeneena tai kärsivänä mielenterveys- tai päihdeongelmista)</p> <p>c) Vertaistuen lisääminen</p> <p>d) Lisää koulutusta henkilökunnalle</p> <p>e) Lisää hoitovaihtoehtoja</p> <p>f) Koko järjestelmä tai suuri osa järjestelmästä tulisi suunnitella paremmin</p> <p>g) jotenkin muuten</p>

<p>6. Millaista apua asiakas on saanut työntekijältä?</p> <p>Muuttujat: osallisuus, osattomuus, tieto, tuki, asiakkaan kohtaaminen</p>	27, 28	<p>10. Millaista apua olet saanut työntekijältä?</p> <p>a) minua on kuunneltu b) Olen saanut osallistua hoitooni liittyviin asioihin c) Minua on autettu päivittäisten asioiden ratkomisessa d) Olen saanut lääkettä e) Olen saanut tietoa mielenterveysasiasta f) Olen saanut tietoa päihdeasioista g) En ole saanut minkäänlaista apua mielenterveysasioihin h) En ole saanut minkäänlaista apua päihdeasioihin i) jotain muuta</p>
<p>7. Miten asiakkaan osallisuus toteutuu hoidossa?</p> <p>Muuttujat: vaikuttaminen, osallisuus</p>	28 - 30	<p>Yhdistelmäkysymys</p> <p>11. Millaisiin asioihin haluaisit vaikuttaa enemmän päihdehoidossasi</p> <p>12. Millaisiin asioihin haluaisit vaikuttaa enemmän mielenterveyshoidossasi?</p>
<p>8. Miten asiakasta on kohdeltu mielenterveys- ja päihdehoidossa?</p> <p>Muuttujat: asiakslähtöisyys</p>	30 - 32	<p>13. Miten sinua on kohdeltu a) päihdehoitopaikoissa b) mielenterveyshoitopaikoissa c) terveyskeskuksessa d) mielenterveysasioissa e) terveyskeskuksessa f) päihdeasioissa?</p>
<p>9. Millaisia konkreettisia asioita asiakkaat hoidoltaan toivovat?</p> <p>Muuttujat: toiminnallisuus, ohjaus</p>	33	<p>14-17 yhdistelmäkysymys</p> <p>14. Mielenterveyspaikoissa ohjataan toiminnallisuuteen</p> <p>15. Päihdehoitopaikoissa ohjataan toiminnallisuuteen</p> <p>16. Millaista ohjausta voisi lisätä?</p> <p>17. Millaista ohjausta voisi vähentää?</p>

Tutkimusongelmat:

1. Miten päihde- ja mielenterveyspalveluihin ja terveysasemalle ja jatkohoitoon pääsee?
2. Mistä vai (millaista) asiakas on saanut hoitoa mielenterveys- tai päihdeongelmaan?
3. Millaiset valmiudet mielenterveys- ja päihdetyöntekijöillä ja terveysasemalla on auttaa mielenterveys- ja päihdeasiakasta?
4. Miten päihdetyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä?
5. Miten mielenterveystyötä tulisi kehittää asiakkaan mielestä?
6. Millaista apua asiakas on saanut työntekijältä?
7. Miten asiakkaan osallisuus toteutuu hoidossa?
8. Miten asiakasta on kohdeltu mielenterveys- ja päihdehoidossa?
9. Millaisia konkreettisia asioita asiakkaat hoidoltaan toivovat?

Tutkija	Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Aalto M. ym. Helsinki 2009	Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen –opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	Helpottaa nuorten ja aikuisten mielenterveyshäiriöiden ja päihdehäiriöiden tunnistamista ja seulomista	Yhteistyö Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksessa asiantuntijoiden yhteistyönä: Raportti	Yleistä aiheen käsittelyä alkoholin ja huumausaineiden käytöstä sekä varhaisia puuttumisen keinoja
Alho H. Forsell M. Jääskeläinen M. Partanen A. ja Virtanen A. 2010.	Huume-tilanne Suomessa 2010. THL ja EMCDDA	Selvittää huumausainetilanne Suomessa vuonna 2010	Raportti	Tyypillistä alkoholin oheiskäyttö, buprenorfiinin pistokäyttö ja samanaikaiset mielenterveyshäiriöt. Lääkeaineopidit ongelmapäihteenä hoitoonhakeutumisessa. Kuolemat liittyen huumausaineisiin lisääntyneet.
Granfelt R. Ympäristöministeriö	Päihteettömien päivien talo –tutkimus Kivitaskuyhteisöstä asukkaiden tulkitsemana	Arvioida asiakasnäkökulmasta Kivitaskuyhteisön toimintaa asumispalveluna päihderiippuvuudesta toipuvien kohdalla	Keskustelut ja haastattelut	Tuetun asumisen muoto huumeidenkäytön kuntoutujille.
Halila R. ym.	Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Mielenterveysetiikka –sinulla ja minulla on moraalinen vastuu	Pyritään turvaamaan mielenterveyspotilaiden oikeuksia ja edistää heidän osallisuutta ja parantaa yhteiskunnallista vaikuttavuutta	Raportti	Mm. hoitoon pääsy on yleinen ongelma
Halonen M. 2005, prp gradu – tutkimelma, Oulu.	Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina.	Päihdeasiakkaiden kokemusten kuvaaminen päihdepalveluihin ohjautumisessa, saatavuudesta ja vaikuttavuudesta.	Haastattelu päihdehuollon asiakkaille. Aineisto sisällönanalyysillä analysoitu.	Päihdeidenkäyttäjien mielestä palveluita on saatavilla mikäli omaa motivaatiota löytyy ja mikäli tietoa paikoista löytyy. Palveluihin ohjaaminen huonoa.

Hiltunen A. ym. 2010	Tgiangeli- hanke loppuraportti, Hamina, Kotka, Miehikkälä, Pyhtää, Virolahti Kymen A- klinikkatoimi	Kuvaus kahden vuoden mielenterveys- ja päihdehuollon avohoitomallihank eesta	Loppuraportti	Hanke onnistui luomaan yhteihenkeä eri organisaatioiden välille ja verkostoitumisessa keskenään
Ikola P. 2010. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu - tutkielma	Päihdepalvelujen nykyisyys ja tulevaisuus.	Selvittää päihteidenkäyttäjien 18-25 vuotiaiden mielipiteitä päihdepalveluista ja sen, mitä he päihdepalveluiltaan toivovat.	Teemahaastatelu. Sisällönanalyysillä analysoitu tutkimus.	Päihdepalvelut koettiin passiivisina. Työntekijöillä kehittämistä asiakkaiden kohtaamisessa. Kokemuksia oli osattomuudesta päihdepalveluissa.
Jatkola V. & Rintala T. 2009	Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa, (mielenterveyspalveluita ohjaavan lainsäädännön toimivuus)	Tarkastus mielenterveyspalveluita koskevan lainsäädännön toimivuudesta.	Raportti	Mielenterveyspalveluita ohjaavia välineitä käytetään mutta ei aivan lainsäätäjän tarkoitusten mukaisesti. Jatkohoidossa palveluiden kesken yhteistyö ongelmia.
Kallinen-Kräkin S. 2009.	Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9 (Kaste – ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011)	Kertoa valtakunnalliset tavoitteet ja toimenpiteet Kaste-ohjelmalle	Kuvailulehti	Tavoitteena lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, parantaa palveluiden vaikuttavuutta ja laatua sekä lisätä ihmisten osuutta ja vähentää syrjäytyneisyyttä.
Kokko S. 2004. Oulun yliopisto.	Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä.	Tuoda hyvän mielenterveystyön kriteerit esille asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta	Fenomenografinen lähestymistapa. Työntekijöiden ja asiakkaiden haastattelu.	Oma päätösvalta tärkeää, käsitykseä auttamisesta sekä ajatukset siitä millaisia mielenterveyspalveluiden tulisi olla.
Kuussaari K. & Ruuth P. 2008	Tilastotiedote 21:2008. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2007. Stakes.	Tuoda tilastollista tietoa päihdehuollon huumeasiakkaista.	Tilastollista tietoa huumeasiakkainsta päihdehuollossa.	Opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrä kasvanut. Muita yleisiä hoitoon hakeutumisen

				ensisijaisia pähteitä ovat stimulantit, alkoholin ja huumeiden sekakäyttö, kannabis ja rauhoittavat.
Kekki T. & Partanen A. 2008. Stakes	Päihdepalvelujen seudullinen kehitys 2008.	Kuvata päihdehuollon nykytilaa, viimeaikaisia muutoksia ja tulevaisuutta.	Raportti	Suurimpana haasteena on huonot hoitoonahjaust ja maksusitoomusten vaikutet,eivätkä hoitopaikkojen määrä suhteessa tarpeeseen.
Laitila M. 2010. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio	Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä.	Kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä työntekijöiden näkökulmasta.	Fenomenografinen lähestymistapa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä työntekijöiden haastattelu.	Asiakkaan osallisuus toteutui; osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palveluiden kehittämiseen ja osallisuutena palveluiden järjestämiseen.
Myllykangas A. 2009. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto.	Mikä auttaa masennuksessa? Sosiaalinen tuki nuorten mielenterveysasiakkaiden selviytymistarinoiden näkökulmasta.	Selvittää sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta selviämisessä	18-25 vuotiaiden selviytymistarinoita tekstin muodossa. Kvalitatiivinen tutkimus.	Tärkeitä tuen muotoja olivat informatiivinen, toiminnallinen ja aineellinen tuki. Avunsaamiseen pitäisi kuitenkin panostaa enemmän.
Partanen Marja-Liisa, Helsinki 2009:3	Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015	Linjata vuoden 2015 keskeiset periaatteet mielenterveys- ja päihdetyölle.	Suunnitelma	Painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä sekä haittojen ehkäisemistä ja hoitoa. Myös palvelujärjestelmien kehittäminen keskeistä.
Perälä R. artikkeli	Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007):3	Huumeidenkäyttäjien liitetty	Haastattelu	Vuorovaikutusta korostava hoito

		moniongelmaisuu s		jäänyt liian vähäiseksi
Seppänen P. 2010.	Mitä kieltä teillä puhutaan? Nuoren osallisuuden tukeminen sosiaali- ja mielenterveystyön kommunikaatiokulttuurissa. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu –tutkielma.	Tutkia miten nuoren osallisuutta tuetaan sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä onko palveluissa yhteisen kommunikaation estäviä asioita.	Kriittinen diskurssianaly ysin menetelmä	Moniammatillisuus ja verkostoituminen tärkeää. Potialaan omia voimavaroja ei huomioida tarpeeksi.
Sosiaali- ja terveysministe riön julkaisuja 2008:6	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008-2011	Kaste-ohjelmassa määritetään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimenpiteet joilla ne voidaan saavuttaa	Suunnitelma	Tarkoituksena on että kuntalaisten osallisuus kasvaa, hyvinvointi jaterveys lisääntyy, palveluiden laatu ja vaikuttavuus paranee sekä alueelliset erot vähenevät.

KOTKAN KAUPUNKI
Hyvinvointipalvelut
Terveysthuollon vastuualue
Terveysjohtaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §

Sivu

4.1.2012

2

1

Dnro SOTE: 54 /2012

Tutkimusluvan myöntäminen/Jenna Mäki

Valmistelija: Johdon sihteeri Jouni Simola

Jenna Mäki on anonut tutkimuslupaa aiheesta asiakkaan osallisuuden vahvistaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa Etelä-Kymenlaakson alueella.

Tutkimuslupahakemus liitteenä.

Päätös: Päätän myöntää liitteenä olevan hakemuksen mukaisen tutkimusluvan hakemuksessa mainitulle henkilölle.

Toimeenpano:

Ote: Jenna Mäki

Oikaisuvaatimusohjeet

Terveysjohtaja



Anne Hiiri

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 7.2.2012 kaupungintalo 4. kerros

KYMENLAAKSON
AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Kotka 23.2.2012

Opinnäytetyöni on osa Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanketta eli Mietippä –hanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mielenterveys –ja päihdeasiakkaan palvelujen tukevat puolet ja selvittää miten ja mitä apua he saavat mielenterveys –tai päihdeongelmiinsa. Tavoitteena on saada mielenterveys- ja päihdeasiakkaan ajatukset kuuluviin liittyen mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Mietippä -hanke on peruste opinnäytetyölleni.

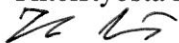
Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena kyselylomaketta käyttäen. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelun asiakkaat ja toimipaikkoina, joissa tutkimus toteutetaan, ovat Haminan psykiatrinen poliklinikka, Kotkan mielenterveyskeskus, ja Virolahden tai Miehikkälän mielenterveystoimisto sekä A-klinikkasäätiön Itä-Suomen palvelualueen yksiköistä Haminan A-klinikka ja Karhulan A-klinikka.

Tutkimuksen toteutus on seuraavanlainen. Lupien saamisen jälkeen vien kyselytutkimukset niihin paikkoihin, joissa tutkimus toteutetaan. Tämän jälkeen sovitaan päivämäärä, jolloin tutkimuksen toteutus alkaa.

Työntekijä siis antaa tietystä päätetystä päivämäärästä lähtien jokaiselle vastaanotolle tulevalle asiakkaalle kyselylomakkeen, ja viimeinen annetaan silloin, kun kaikilta 50 asiakkaalta/yksikkö on kysytty halukkuutta osallistua. Ajatuksena on, että kyselylomakkeiden takaisin keräämiseen menisi noin kaksi viikkoa.

Työntekijöille on annettu oma informointilomake tutkimuksesta. Kun tutkittava vastaa kyselylomakkeeseen, laittaa hän sen suljettuun kyselylomakkeille tarkoitettuun kirjekuoreen, joka on hoitajalla. Tutkittuja on informoitu tutkimuksesta kyselylomakkeen alussa olevilla saatesanoilla. Tutkimuksessa noudatetaan ehdotonta luottamuksellisuutta.

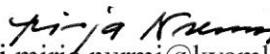
Yhteistyöstä kiittäen



Jenna Mäki, sairaanhoidonopiskelija, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Terveysala

Kymenlaaksonkatu 4A 15 48100 Kotka

jenna.maki@student.kyamk.fi, puh. 040 5898978

Opinnäytetyön ohjaajat: Lehtori Mirja Nurmi  mirja.nurmi@kyamk.fi ja projektityöntekijä (Mietippä –hanke) Maarit Ruusu maarit.ruusu@a-klinikka.fi

Lupa myönnetty 29.2.12

Lupa evätty _____


Aika ja paikka Hamina 29.2.12

Allekirjoitus 

MIEHIKKÄLÄN KUNTA
Sosiaali- ja terveystoimi
Viranhaltijapäätös

 Pvm
 24.02.2012

 §
 2

Otsikko	Tutkimusluvan myöntäminen Jenna Mäelle opinnäytetyötä varten
Päätöksentekijä	Sosiaali- ja terveystoimen johtaja
As.hall.tunnus /Asialk	20
Esittely	Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Jenna Mäki anoo tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyö on osa Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanketta (Mietippä-hanke) ja sen tarkoituksena on selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelujen tukevat puolet ja miten ja mitä apua he saavat mielenterveys- ja päihdeongelmiinsa. Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena kyselylomakkeella. Asiakkailta pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.
Päätös ja sen perustelu	Myönnetään Jenna Mäelle tutkimuslupa tutkimussuunnitelman mukaista opinnäytetyön tekemiseen Miehiikkälän ja Virolahden mielenterveys- ja päihdehuollon avopalvelun asiakkaille. Asiakastietojen käsittelyssä tulee noudattaa erityistä huolellisuutta ja salassapitoa.
Nähtävillä oloaika ja -paikka	27.2.2012 Miehiikkälän sosiaali- ja terveystoimisto
Allekirjoitus	 Marjo Seuri sosiaali- ja terveystoimen johtaja

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Oikaisuvaatimusoikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimusviranomainen	Oikaisuvaatimus tehdään Miehiikkälän ja Virolahden sosiaali- ja terveystoimistolle Osoite: Keskustie 6, 49700 MIEHIKKÄLÄ
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista . Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.
Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen	Pvm
Tiedoksianto asianosaisille	Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §) Annettu postin kuljetettavaksi 24.2.12
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Jakelu: Jenna Mäki, vastaava sairaanhoitaja Alastalo	



Mäki Jenna

TUTKIMUSLUPA

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön *Asiakkaan aseman vahvistaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa Etelä-Kymenlaakson alueella*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 12.09.2012, toteuttamiselle Itä-Suomen palvelualueella (Haminan ja Karhulan A-klinikat) myönnetään tutkimuslupa. Aluejohtaja Heli Lahtinen on puoltanut tutkimusta.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuksia saa keskustuimistosta.

Tutkittaville asiakkaille on korostettava, että heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisensa ilman erillisiä perusteluja. Tutkimus on täysin vapaaehtoinen, eikä kieltäytyminen vaikuta asiakkaan oikeuteen saada hoitoa tai muita tarvitsemiaan palveluja.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämäänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päätyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset tutkimustietokantaan.

Helsingissä 21.02.2012

Olavi Kaukonen
VTT, dos., toimitusjohtaja

Ari Saarto
kehittämisjohtaja
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia 2 kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön tutkimustietokanta
Itä-Suomen palvelualue